

DIRECTORIO
ANALES DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGÍADirector-Editor
DR. PELAYO VILARGerente General
LIC. JOAQUÍN BOHIGASConsejo de Redacción
DR. RAFAEL ANDRADE-GALLEGOS
DR. JORGE CORVERA
DR. ANDRÉS DELGADO
DR. RAMÓN DEL VILLAR
DR. RAFAEL GARCÍA PALMER
DR. PELAYO VILAR-PUIGDirección
Durango 49, 8o. piso,
México 7, D. F.
Tel. 533-24-66Registro en trámite
Abreviatura para citas bibliográficas
en trámiteSOCIEDAD MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGÍAPresidente
DR. MARIANO HERNÁNDEZ GORIBARVicepresidente
DR. JORGE CORVERA BERNARDELLISecretario
DR. ANTONIO SODA MERHYTesorero
DR. MIGUEL ARROYO CASTELAZOEugenia 13-403, Col. Nápoles
Tel. 543-93-63
México 18, D. F.Impreso en México, D. F., en los talleres
de Reproducciones Gutenberg. Ayuntamiento
No. 146-10o. piso.

PAGINA DEL DIRECTOR

El escritor y ensayista Raimundo Cuervo-Lloréns, ha publicado en el excelente suplemento literario de *Excelsior*, "Diorama", una serie de artículos dedicados a la profesión médica, cuyos títulos transcribo: "Apropiación de vida y muerte" (18 dic. 77), "El fracaso médico" (24 dic. 77), "Monopolio de las batas blancas" (31 dic. 77), "El costo de la medicalización" (8 ene. 78) y "Quimeras sociales" (15 ene. 78), que no sabemos si sea el último.

Aunque los títulos de los artículos son muy "periodísticos", por no decir que "amarillistas", el contenido corresponde a la calidad del autor, en cuanto a exposición, temática, estilo, etc. Sin embargo, para el que haya leído el libro de Iván Illich "Némesis Médica" que como subtítulo lleva el llamativo de: "La expropiación de la salud" (Barral Editores, Barcelona, 1975) constatará, que dichos artículos no son otra cosa que una reiteración de lo expuesto por Iván Illich en su controvertido libro.

Para los que no conozcan dicha obra, nos limitaremos a transcribir el comentario que de la misma hicimos,¹ con lo que damos cumplida contestación a la serie de artículos del Sr. Raimundo Cuervo-Lloréns.

"Némesis Médica" es el título de un libro espléndido, bien escrito, muy documentado, demoledor, pero terriblemente injusto.

Su autor Iván Illich, el conocido escritor católico progresista, arremete contra los médicos y la medicina en la forma más injusta, porque en su apasionado alegato utiliza datos científicos y estadísticos incompletos y lo que es peor, porque su libro, aunque injusto, es evidentemente sincero. No se trata de un panfleto en el que el odio y la mala fe se desahoguen, es un escrito serio en el que el autor cree en "su verdad".

Por si fuera poco, el ensayo es un modelo de desinformación, en el que un filósofo, que no es médico ni biólogo, utiliza información manipulada e incompleta a partir de la cual extrapola con las consecuencias que el curioso lector hallará en ese interesantísimo y peligroso ensayo.

La literatura planfletaria está conscientemente destinada a desorientar al lector o a orientarlo en un sentido determinado que nada tiene que ver con la verdad objetiva; tiende a inflamarlo irracionalmente; pero en el caso de Némesis Médica, el autor, persona de alto nivel intelectual, cree que está haciendo una denuncia honesta y en ello precisamente estriba la peligrosidad de su libro dirigido a las élites intelectuales.

Angustia pensar a lo que un temperamento fogoso y apasionado al servicio de una brillante inteligencia y con un bagaje cultural extraordinario, puede conducir a un hombre que como Iván Illich combate en pro de la justicia y por una sociedad mejor.

Prueba de lo anterior es el hecho de que su libro, que pretende ser una crítica demoledora para los médicos y la medicina de nuestro tiempo, no es más, en realidad, que una crítica de la sociedad de consumo en la que se desarrolla nuestra medicina científica. Pero este hecho irrefutable, se le escapa a un tan agudo ensayista y ni una sola vez menciona en su libro que lo que está fustigando, no es la medicina y a los médicos, sino al contexto social en que se hallan inscritos.

¹ Boletín Informativo de la Sociedad Médica de la Clínica Londres, Vol. VIII No. 3 oct. 77.

Esto resultaría deshonesto, si no conociéramos la intención intrínsecamente buena que guió a Iván Illich a escribir su apasionadísimo ensayo, que en la forma parece un análisis rigurosamente científico, pero que en el fondo no es más que una trampa en la que él mismo queda atrapado; trampa también para el lector que no desentraña que la crítica no puede ser dirigida a una profesión, sino a la sociedad que la distorsiona. No decirlo así, en forma explícita, es lo que convierte a su libro en algo definitivamente injusto y no repetimos deshonesto porque creemos en la buena fe del autor.

¿A quién denuncia Iván Illich? ¿A una medicina científica que tantos beneficios ha aportado a la humanidad? Sería tanto como denunciar a la ciencia "in toto", de la cual la medicina no es más que una rama de aplicación. Sería tanto como pretender seguir viajando en carreta de bueyes a pretexto de que los modernos medios de locomoción son peligrosos y en ocasiones mortíferos; tanto como aceptar que la fisión nuclear es condenable por las brutalidades de Hiroshima y Nagasaki.

¿A quién denuncia Iván Illich? ¿A una profesión médica que con todas sus humanas debilidades, se esfuerza más que cualquiera otra en dar bastante más de lo que recibe?

¿Cómo es posible que nuestro autor no se haya dado cuenta de que con su alegato pretendidamente denunciador y justiciero, lo único que logra es dar armas al coro de los diversionistas que desean escamotear a la crítica la cuestión fundamental y que en vez de centrar sus baterías sobre las causas de los hechos que denuncia, se limita a señalar sus efectos?

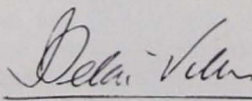
Critíquese y enjuiciése la sociedad de consumo que impide una medicina más humana (no humanista), que orilla a los médicos a actuar en una forma que nunca han deseado. No es necesario preocuparse de las pajas que se introducen en nuestros ojos, cuando la enorme viga que corrompe el ojo de nuestra sociedad pervertida y pervertidora es bien visible.

¿Es posible que don Iván ignore que cada sociedad produce sus propias superestructuras? ¿que cada sociedad genera la ciencia, el arte y la ética que desea y "merece"?

Los médicos somos hombres y como tales falibles, pero aún los más metalizados e inhumanos, están en contacto con el hombre y no con un hombre cualquiera sino con el hombre enfermo, con el más débil y humano de los hombres, con el que sufre.

Este contacto, aun sin nosotros quererlo y por encima de cualquier estructura social, nos hace participar en los sufrimientos de los demás, a estar menos encastillados en nuestras torres de marfil, a considerar al hombre como un todo, a estudiarlo y ayudarlo no sólo en su contexto social sino en su individualidad; y ese contacto que nos humaniza, ocurre incluso con los más elitistas de nuestra profesión, pues aun ellos suelen llevar una intensa vida hospitalaria que los relaciona con las clases sociales más necesitadas.

Parafraseando a Luis Vives "a los médicos nada de lo que es humano nos es ajeno" y por ello aunque nuestra medicina y nosotros mismos estemos proclives a cometer los errores que denuncia Iván Illich, no debe ignorar que más que a nosotros, son imputables a la sociedad en que vivimos, que de ellos estamos conscientes y que nos ocasionan grandes sufrimientos. Los médicos nos consideramos perfectibles y a esa perfectibilidad se atienen la mayoría de los médicos de nuestro mundo. La Némesis no es médica, es social.



Disfunción Tubárica inducida por cambios posturales

Dr. Pelayo VILAR PUIG *
Dr. Adolfo FERNÁNDEZ LÓPEZ **
Dr. Adolfo R. VÁZQUEZ PALACIOS ***

Se presenta una investigación clínica, realizada en enfermos con perforaciones timpánicas, en quienes se valoró la permeabilidad anatómica y la capacidad ventilatoria tubárica, mediante la utilización de un manómetro de mercurio. El estudio comparó los resultados obtenidos haciendo la manometría con el sujeto sentado y en decúbito.

Los autores encontraron una disminución significativa en la permeabilidad y funcionalidad tubárica inducida por el decúbito dorsal. Este fenómeno se hizo más patente cuanto más prolongado fue el decúbito.

De la presente investigación se desprenden nuevas posibilidades a estudiar y se analizan las aplicaciones clínicas que del conocimiento de estos fenómenos se desprenden.

INTRODUCCION

La disminución de la capacidad ventilatoria de la trompa de Eustaquio durante el decúbito dorsal, es un fenómeno bien demostrado, que ya Hartmann observó en 1879 y que Perlman comprobó en 1939, en enfermos con el síndrome de la trompa permanentemente abierta, en quienes ésta se ocluía al colocarlos en decúbito dorsal. En años más recientes, Ingelsted y colaboradores demostraron este fenómeno en investigaciones efectuadas en una cámara presurizable, en pilotos militares sanos.

En 1970 Rundcrantz,¹ mediante un dispositivo especial, midió los volúmenes de aire que pasan por la trompa durante la deglución en sujetos con tímpano perforado. El equipo que utilizó era capaz de medir flujos muy pequeños de aire a través de una resistencia, que mediante un equipo electrónico con integración automática del tiempo y el volumen expresado en microlitros, se podían hacer lecturas graficadas directamente.

Rundcrantz encontró que en sujetos normales semisentados a 20°, la capacidad ventilatoria de la trompa se reducía en un tercio y en

decúbito dorsal en dos tercios de la que tienen en posición a 90°.

OBJETIVOS

Basado en el conocimiento de estos fenómenos el presente trabajo persigue los siguientes objetivos:

1. Comprobar en un grupo de enfermos con perforaciones timpánicas, las alteraciones de la función tubárica inducidas por el decúbito dorsal, comparando nuestros resultados con lo que hasta la fecha han descrito otros autores.

2. Demostrar estos fenómenos con un dispositivo experimental simplificado, mediante la utilización de un manómetro de mercurio.

3. Establecer las implicaciones prácticas que para la clínica puede tener la reducción de la capacidad ventilatoria tubárica inducida por el decúbito dorsal.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 50 enfermos del Servicio de ORL del Hospital Central Pemex de la Ciudad de México. De éstos, 22 fueron del sexo masculino y 28 del femenino, cuyas edades oscilaron entre los 3 y los 76 años.

* Jefe del Servicio de ORL. Hospital Central de Concentración Nacional Pemex. México, D. F. Profesor de ORL de Pre y Postgrado. Facultad de Medicina. UNAM. México, D. F.

** Audiólogo del mismo Hospital. Profesor adjunto de ORL de la misma Facultad.

*** Médico Residente del Servicio de ORL del mismo Hospital.

Todos los enfermos presentaban perforación timpánica, con o sin actividad infecciosa en la caja. Uno de los casos se trataba de una otitis media secretora con un tubo ventilatorio transtimpánico y el resto eran postinfecciosas.

Para la estimación de la permeabilidad anatómica y de la capacidad ventilatoria tubárica, se utilizó un manómetro de mercurio conectado a un tubo con un adaptador para el conducto auditivo externo y a una jeringa con una llave de tres vías, para poder crear presiones positivas o negativas en el oído medio (Figs. 1 y 2 (Bortnick,² Vilar-Puig y colaboradores³)).

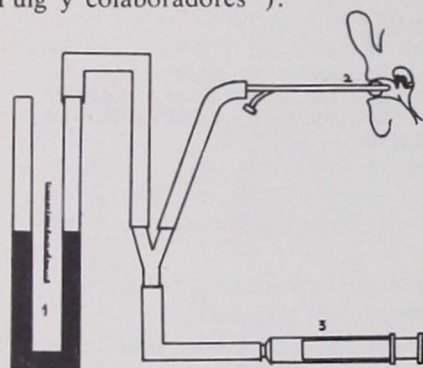


Fig. 1. Esquema del manómetro y la forma de operarlo. 1) Manómetro mercurial. 2) Sonda de Folley con globo inflado en el conducto auditivo. 3) Jeringa para ejercer presiones positivas o negativas.

A todos los enfermos se les creó en la caja, una presión positiva de hasta 30 mm, anotando el momento en que se abría la trompa. A continuación se creaba una presión negativa de 30 mm de mercurio y se pedía al enfermo que deglutiera 10 veces y se anotaba el número de milímetros que la columna lograba descender. Si la columna no descendía o lo hacía parcialmente, se solicitaba del enfermo que efectuara de 1 a 5 maniobras de Valsalva, anotando como cifra final el máximo de milímetros que la columna lograba descender.

Esta prueba se hacía con el enfermo sentado a 90 grados y a continuación en decúbito dorsal durante 10 minutos, al cabo de los cuales, sin cambiar al sujeto de posición, se efectuaba la misma secuencia de mediciones manométricas.

Además, se detalló para cada enfermo, el diagnóstico del padecimiento ótico, el tipo de lesiones timpánicas y de la caja y todos los

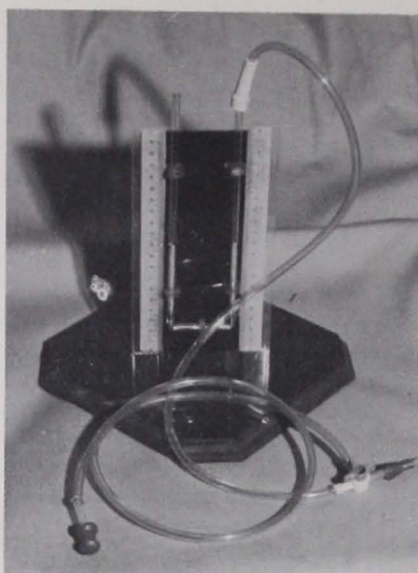


Fig. 2. Manómetro de mercurio para estudio de la permeabilidad tubárica.

datos de interés de exploración nasosinusal y faríngea.

En esta forma se estudiaron los 50 enfermos, pero además a 12 de ellos, candidatos a timpanoplastía, sin actividad infecciosa en la caja, se les hizo una tercera medición manométrica, después de haber mantenido al enfermo en decúbito dorsal por un período de 8 horas.

RESULTADOS

Valoración individual

Presión positiva. En 49 casos se requirieron por lo menos 2 milímetros más de presión positiva para abrir la trompa después de 10 minutos de decúbito dorsal, que los requeridos para lograr el mismo efecto con el enfermo sentado, sin embargo en algunos casos la diferencia fue de hasta 13 mm. En un solo caso no hubo diferencia.

De los 12 enfermos con medición de 8 horas, en todos hubo variaciones de más de 2 milímetros entre los 90 grados y el decúbito de 8 horas, incluso en 4 de ellos, en los que la trompa aun logró permeabilizarse a los 10 minutos de decúbito, con la misma posición por 8 horas la apertura tubárica no fue posible.

Presión negativa. De los 50 casos, en 31 se encontraron diferencias que oscilaron entre los 2 y los 30 milímetros entre la posición de

90 grados y el decúbito durante 10 minutos.

De los restantes, en 7 la prueba mostró igual efectividad ventilatoria de la trompa antes y después del decúbito de 10 minutos y en los otros 12 enfermos la capacidad ventilatoria tubárica era nula en posición de 90 grados y lógicamente así siguió al hacer la estimación después del decúbito.

Del grupo de 12 enfermos en quienes se hizo una tercera valoración, con 8 horas de decúbito, en 4 de ellos se perdió por completo la capacidad ventilatoria. En otros 2 casos ya desde la prueba de los 10 minutos había desaparecido la capacidad de la trompa para ventilar la caja y como era de esperarse así siguió después de 8 horas de decúbito.

Otros 2 enfermos, mostraron igual efectividad ventilatoria tubárica en las tres mediciones. Uno más sólo mostró reducción de 3 milímetros en la capacidad de ventilación y en los 3 que restan de los 12, la trompa no mostró capacidad ventilatoria alguna en ninguna de las tres posiciones.

Promedios. Después de la valoración individual de los enfermos, se compararon los promedios de las mediciones manométricas, cuyos resultados se muestran en las tablas I, II, III y IV.

TABLA I

PRESION POSITIVA (Promedio de 50 casos)	
Sentado	Decúbito dorsal 10
16.08 mm	22.3 mm.

TABLA II

PRESION POSITIVA (Promedio de 12 casos)		
Sentado	Decúbito dorsal 10'	Decúbito dorsal 8 hs.
16.4 mm	21.2 mm	25.5 mm.

TABLA III

PRESION NEGATIVA (Promedio de 50 casos)	
Mm descendidos	
Sentado	Decúbito dorsal 10
15.6 mm	8.2 mm

TABLA IV

PRESION NEGATIVA
(Promedio de 12 casos)

Mm descendidos

Sentado	Decúbito dorsal 10'	Decúbito dorsal 8 hs.
18 mm	11.1 mm	7.2 mm

Análisis estadístico. Para determinar la confiabilidad de los resultados de las cifras promedio de las mediciones manométricas, se llevó a cabo un análisis de tipo estadístico.

Para las presiones positivas se efectuó un análisis de variancia y para las negativas se utilizó la prueba de Wilcoxon-Match Pairs/Signed Marks.

COMENTARIO

Del análisis individual de los resultados, podemos afirmar que el decúbito dorsal provoca una disminución de la permeabilidad y de la capacidad ventilatoria tubárica, en la mayoría de los enfermos con perforaciones timpánicas. El grado de este efecto varía de un sujeto a otro, ya que en algunos llega a cancelarse la permeabilidad y la capacidad de ventilación después del decúbito, mientras que en otros no sufre cambio alguno, si bien estos últimos son los menos.

Lo variable de estos fenómenos se debe seguramente a las diferencias anatómicas y funcionales individuales de la trompa, además de la presencia de lesiones nasofaríngeas en algunos casos.

Valorando los resultados de las cifras promedio se comprueban los cambios anatomofuncionales tubáricos inducidos por el decúbito, que aparentemente aumentan en proporción directa a la duración del mismo.

El análisis estadístico de estos promedios, apoya en forma altamente significativa los resultados, pudiéndose asegurar, que en las presiones positivas los resultados

son muy confiables al afirmar que existe una diferencia anatómica tubárica entre la posición de 90 grados y el decúbito dorsal de 10 minutos y 8 horas. Debe tomarse con reserva basándose en el análisis estadístico, la diferencia que existe entre los 10 minutos y las 8 horas, que seguramente obedece al escaso número de casos valorados.

En lo que se refiere a las presiones negativas, los resultados tienen un fuerte apoyo estadístico de certeza en las tres mediciones, al afirmar que las diferencias entre la posición de 90 grados, del decúbito de 10 minutos y de 8 horas, reflejan una diferencia funcional de la trompa.

La disfunción tubárica inducida por el decúbito, se piensa hasta la fecha¹ que está condicionada por una congestión venosa cefálica que provoca ingurgitación del plexo venoso submucoso de la trompa, hipótesis que apoyan los trabajos de Jhonson y Rundcrantz.

CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente trabajo, concuerdan con lo reportado hasta la fecha, (Rundcrantz¹) demostrándose la importante acción que sobre la función tubárica, tienen los cambios posturales corporales.

El manómetro de mercurio ha demostrado tener la suficiente sensibilidad para detectar los cambios de la permeabilidad y de la capacidad ventilatoria tubárica, con la ventaja de ser un equipo sumamente sencillo y económico.

Este estudio abre nuevos caminos, de investigación como son: 1. La relación de estos fenómenos en función de la edad. 2. La recuperación de la permeabilidad y capacidad ventilatoria tubárica, al reincorporarse el sujeto. 3. La comparación de esta fenomenología antes y después de resuelta la patología nasosinusal y faríngea cuando se encuentre presente. 4. La valoración de fármacos que supues-

tamente mejoran las condiciones ventilatorias nasales y tubáricas. 5. Las variaciones de estos fenómenos a diferentes grados de inclinación del tronco y entre el decúbito lateral izquierdo y derecho.

Desde un punto de vista clínico práctico, podemos inferir:

Que estos fenómenos explicarían por qué tan frecuentemente, la otalgia se inicia por las noches después de unas horas de decúbito, en enfermos con otitis medias supuradas agudas. Es aconsejable por lo tanto, que en enfermos con otitis medias cerradas y en general en aquellos casos con procesos inflamatorios de las vías respiratorias superiores, se evite el decúbito hasta donde sea posible.

A los enfermos sometidos a cirugía del oído medio que suelen cursar con un proceso inflamatorio postquirúrgico, mantenerlos semisentados mientras deban permanecer encamados y recomendar la deambulacion a la mayor brevedad posible, para poder asegurar un buen drenaje y ventilación tubáricos.

Someter al mismo régimen preventivo a los operados nasosinuales y en general a todo enfermo con taponamientos nasales.

BIBLIOGRAFIA

1. Rundcrantz, H. The effects of position change on Eustachian Tube function. *Otolaryngologic Clinics of North America*. Vol. 3 No. 1 Febrero, 1970.
2. Bortnick, E. A simple office test to measure Eustachian tube function. *Otolaryngologic Clinics of North America*. Vol. 3 No. 1 Febrero, 1970.
3. Vilar-Puig, P. y Hernández, V. Manometría de la trompa de Eustaquio. *Acta ORL Iber-Amer.* XXIV, 5:556, 1973.
4. Flisberg, K. Ventilatory studies on the Eustachian tube. *Acta Oto-Laryngol. Sup.* 219, 1966.

Hospital Central Pemex
Servicio de Otorrinolaringología
Campo Matillas 52
México 16, D. F.

Análisis cuantitativo del Nistagmus inducido por estimulación térmica simplificada *

Dr. José Antonio ARROYO CASTELAZO **

Basándose en la observación personal, de que los trazos obtenidos del ENG, eran muy parecidos, tanto si se usaba un intervalo de 5 minutos entre las estimulaciones, como si aquél se reducía a 1 minuto, el autor simplifica la técnica de Fitzgerald y Hallpike (1942), modificada posteriormente por Jonkees que reduce el volumen de agua que sirve como estímulo de 300 cm³ a sólo 50 cm³.

A través de su estudio se demuestra que para la realización de las pruebas calóricas es suficiente utilizar como estímulo, un volumen de sólo 50 cm³, con un tiempo de irrigación de 20" y con intervalos de 1 a 2 minutos entre las estimulaciones. El autor establece las variaciones normales de las respuestas para la paresia canalicular, la preponderancia direccional y la declinación de las respuestas usando su técnica simplificada, con la que logra reducir las respuestas neurovegetativas y el vértigo durante la realización de la prueba, así como un notable ahorro de tiempo y equipo.

INTRODUCCION

Entre las técnicas que se han descrito para la estimulación del laberinto por medio de calorización; quizá la más usada actualmente es la técnica descrita en 1942 por Fitzgerald y Hallpike, en la que estimulan el laberinto con un volumen de 250 cm³ de agua a 30° y 44°C durante 40 segundos y con intervalos entre las irrigaciones de cuando menos 5 minutos.

Sin embargo estudios realizados por Jongkees, han mostrado que el volumen mínimo de agua, suficiente para obtener respuestas similares a las que se obtienen con la técnica de Fitzgerald y Hallpike, es de 50 cm³. Además para la obtención de respuestas confiables al estimular el laberinto con agua a 44° y 30°C, el tiempo mínimo de irrigación es de 20".

Este trabajo se fundamenta, en la observación que hicimos durante nuestros estudios en Londres, de que el lapso de 1 minuto entre las irrigaciones, resultaba suficiente para obtener respuestas ENG similares a las que se obtenían cuando las irrigaciones se espaciaban 5 minutos.

A partir de esa observación (que no hemos hallado descrita) el objetivo de nuestra comunicación es el de cuantificar con el ENG, la velocidad máxima del componente lento del nistagmus inducido al estimular el laberinto con 50 cm³ de agua a 30° y 44°C durante 20" y comparar nuestros resultados con los obtenidos utilizando la técnica descrita por Fitzgerald y Hallpike, con el propósito de simplificar las

pruebas calóricas, disminuyendo básicamente el tiempo de duración de la prueba y en consecuencia ahorrándole molestias al paciente.

MATERIAL Y METODOS

Sujetos: Este estudio se llevó a cabo en un grupo de 30 adultos normales de ambos sexos, cuyas edades variaron entre los 17 y 55 años con la siguiente distribución:

De 11 a 20 años :	8 sujetos
De 21 a 30 años :	12 sujetos
De 31 a 40 años :	3 sujetos
De 41 a 50 años :	3 sujetos
De 51 a 60 años :	3 sujetos

A este grupo, integrado por empleados y estudiantes del Instituto Nacional de la Comunicación Humana se les consideró clínicamente normales al no existir antecedentes otológicos ni trastornos del equilibrio y con audición normal.

Para el registro del nistagmus inducido se utilizó un electronistagmógrafo de dos canales marca ICS, modelo N 301 A, que (previa colocación de electrodos de plata en los cantos externos de la comisura palpebral y en la frente) se calibró de tal forma, que un desplazamiento ocular de 10° correspondiera a un desplazamiento de la plumilla de 1 cm en el papel de registro.

Cuando se utilizó la técnica de Hallpike, se empleó un irrigador automático marca ICS, modelo NCI-40, el que por medio de ter-

* Premio Burroughs Wellcome, en el XXVII Congreso Nacional de ORL. 1976.

** Médico ORL y otoneurólogo del Instituto Nacional de Audiología.

mostatos mantiene la temperatura a 44° y 30°C y cuyo volumen de agua por irrigación corresponde a 300 cm³, en un tiempo de 30 segundos.

Cuando se utilizó la modificación de Jonkees, estimulando sólo con 50 cm³ en cada irrigación, empleamos una jeringa de 50 cm³ a la que se le adaptó un tubo de caucho que se colocó directamente en el meato del conducto auditivo externo, tomando el agua a 30° y 44°C, de las tinas del irrigador automático.

PROCEDIMIENTO

A cada sujeto se le explicó, en qué consistía el estudio y que se llevaría a cabo en dos diferentes ocasiones con un lapso entre cada una de cuando menos 48 horas, utilizando en una ocasión 300 cm³ para cada una de las estimulaciones y en la otra únicamente 50 cm³.

Previa colocación de los electrodos se acostó el sujeto en posición supina con la cabeza levantada 30° sobre el plano horizontal.

Indistintamente, al utilizar cualquiera de los dos procedimientos de estimulación, siempre se siguió el mismo orden, empezándose a irrigar el oído derecho con agua a 44°C. y después el oído izquierdo; posteriormente con agua a 30°C. en el oído derecho y después en el izquierdo. A todos los sujetos se les pidió que mantuvieran los ojos abiertos y en posición de reposo, a pesar de encontrarse en la obscuridad. El nistagmus se registró desde el momento de apagar la luz. Como se mencionó anteriormente en el caso de utilizar 50 cm³ el

intervalo de tiempo entre cada irrigación varió entre 1 y 2 minutos, mientras que cuando se utilizaron 300 cm³ este tiempo fue de aproximadamente 7 minutos. Al finalizar cada uno de los estudios, se volvió a calibrar el aparato, con el fin de evitar resultados falsos.

Una vez obtenidos los valores absolutos de la intensidad del nistagmus (a través de la medición de la máxima velocidad del componente lento) se transformaron a valores porcentuales, para calcular en esta forma la diferencia de excitabilidad entre ambos oídos, representada como *paresia canalicul*ar, así como para obtener los valores porcentuales para la llamada *preponderancia direccional* del nistagmus y para los cálculos de la probable *declinación de las respuestas*.

En el caso de la *paresia canalicul*ar dichos valores porcentuales se obtuvieron en la siguiente forma:

$$\% \text{ P.C.} = \frac{(A+C) - (B+D) \times 100}{A+B+C+D}$$

En relación a la *preponderancia direccional*:

$$\% \text{ P.D.} = \frac{(A+D) - (B+C) \times 100}{A+B+C+D}$$

En relación a la *declinación de las respuestas*:

$$\% \text{ D.R.} = \frac{(A+B) - (C+D) \times 100}{A+B+C+D}$$

A, corresponde a los valores absolutos obtenidos como respuesta a un estímulo de 44°C. en el oído derecho, B a un estímulo de 44°C. en el oído izquierdo, C a un estímulo de 30°C. en el oído derecho y D a un estímulo de 30°C. en el oído izquierdo.

RESULTADOS

La distribución de los valores para *paresia canalicul*ar, *preponderancia direccional* y para la *declinación de las respuestas* al utilizar como estímulos 50 y 300 cm³ de agua, se muestran en los siguientes histogramas. (Figs. 1 a 6).

Tomando en consideración que la forma de distribución de los valores mencionados correspondieron a curvas normales de distribución, se determinaron la mediana y su desviación standard para cada uno de los parámetros en estudio. (Tabla 1).

Con la ayuda de estos resultados, se calcularon las variaciones máxima y mínima normales para la *paresia canalicul*ar, la *preponderancia direccional* y la *declinación de las respuestas*. En el caso de la *paresia canalicul*ar, los valores que se obtuvieron al utilizar 300 cm³ para cada estimulación, variaron entre -18 y +17%, y al utilizar 50 cm³, entre -17 y +13%. Para la *preponderancia direccional* las variaciones máxima y mínima al utilizar 300 cm³ variaron de -14 a +12% y de -17 a 13% respectivamente. Por último, en relación con la *declinación de las respuestas*, las variaciones fueron de -6.4 a +50% respectivamente.

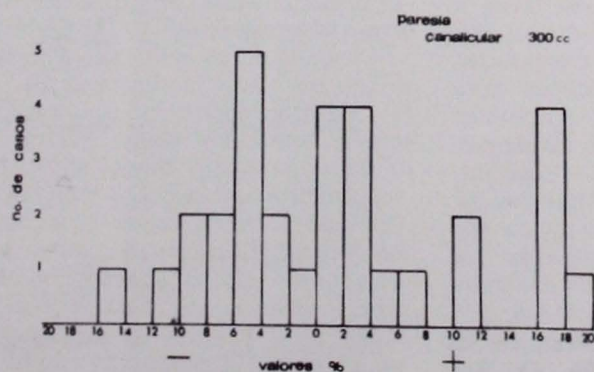


Fig. 1. Distribución de los valores obtenidos para paresia canalicul al utilizar 300 cc, de agua.

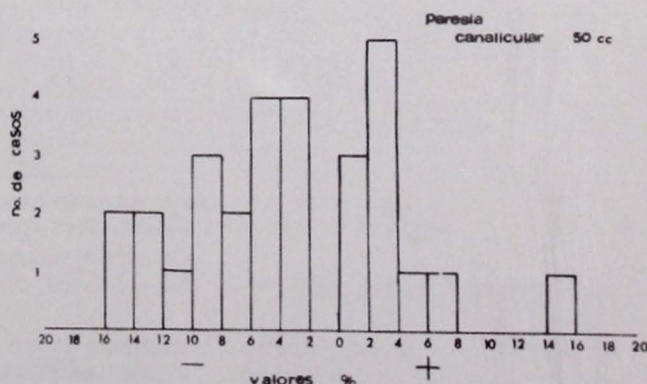


Fig. 2. Distribución de los valores obtenidos para paresia canalicul al utilizar 50 cc, de agua.

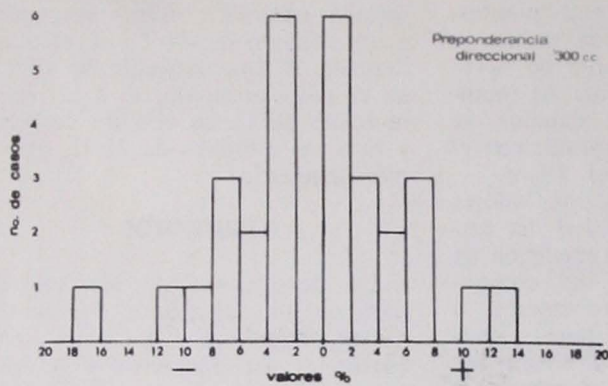


Fig. 3. Distribución de los valores obtenidos para preponderancia direccional al utilizar 300 cc, de agua.

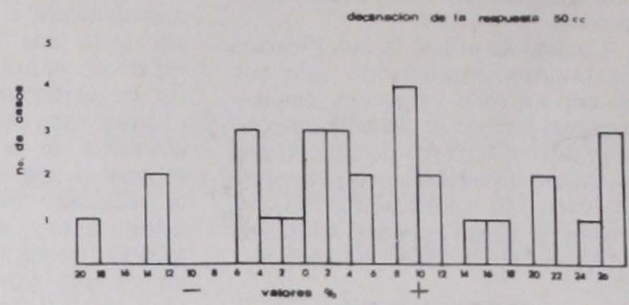


Fig. 6. Distribución de los valores obtenidos para la declinación de las respuestas al utilizar 50 cc, de agua.

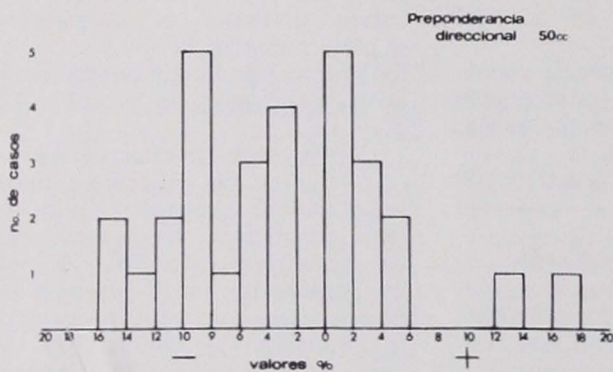


Fig. 4. Distribución de los valores obtenidos para preponderancia direccional al utilizar 50 cc, de agua.

		no. de sujetos	mediana (%)	desviación standard
estimulación con 50 cc	p. c.	30	- 2.8	7.8
	p. d.	30	- 3.2	7.6
	d. r.	30	+ 6.0	16.1
estimulación con 300 cc	p. c.	30	- 0.4	8.8
	p. d.	30	- 1.1	6.4
	d. r.	30	+ 2.2	14.3

Tabla I. Análisis estadístico de los valores obtenidos en sujetos normales al estimular los laberintos con 50 y 300 cc, respectivamente.

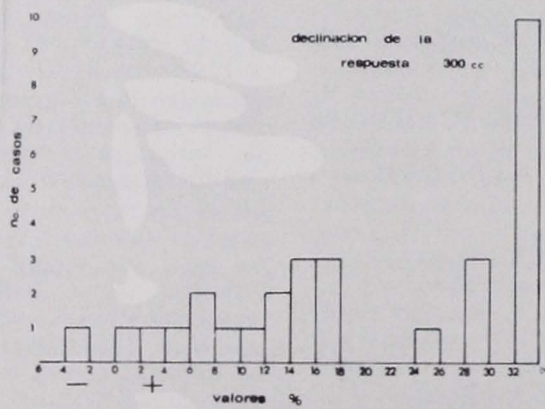


Fig. 5. Distribución de los valores obtenidos para la declinación de las respuestas al utilizar 300 cc, de agua.

COMENTARIOS

Comparando los trazos electro-nistagmográficos que se obtuvieron al estimular los laberintos con 300 y 50 cm³ de agua, podemos darnos cuenta de que las diferencias son

mínimas como se muestran en los siguientes ejemplos. (Fig. 7). Asimismo podemos observar, que aun cuando es probable que el estado de reposo del laberinto después de

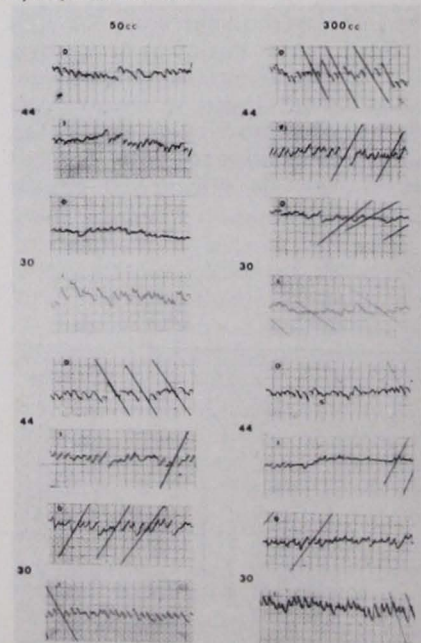


Fig. 7. Trazos electro nistagmográficos obtenidos al estimular los laberintos con 300 y 50 cc, respectivamente.

un estímulo térmico no se obtiene inmediatamente al cesar el estímulo, desde el punto de vista clínico, no existen diferencias entre intervalos de tiempo, que varíen de 1 a 7 minutos.

Disminuyendo el tiempo entre los estímulos, se pensó que sería más evidente la declinación de las respuestas que consiste básicamente en el hecho de que al sobreestimar los laberintos se puede producir habituación, que clínicamente se manifiesta por una disminución progresiva en la intensidad de las respuestas. Sin embargo, dicho fenómeno en muchos casos fue más evidente al utilizar intervalos prolongados (7 minutos); lo que probablemente se explica de acuerdo con las observaciones de Hood y Pfaltz, que piensan que la declinación de las respuestas se encuentra ligada al número de estímulos y no a los intervalos entre ellos.

De acuerdo con nuestros resultados, aquellas respuestas cuyos valores excedan el doble de la desviación standard obtenida para la paresia canalicular, que fue de más o menos 7.8% y para la preponderancia direccional que fue de más o menos 7.5% se consideran como respuestas anormales al utilizarse para la estimulación de los laberintos 50 cm³ de agua.

El haber seleccionado como técnica de estimulación agua a 44 y 30°C., además de que se ha comprobado que son las temperaturas óptimas para provocar reacciones vestibulares adecuadas, incluyendo el nistagmus, se escogió porque al utilizar dos estímulos diferentes en cada oído, pienso que es posible obtener mayor información sobre la reactividad y el estado funcional de los laberintos, aun cuando la variabilidad de las respuestas entre sujetos normales es amplia.

Es conocido el hecho de que la intensidad del nistagmus puede ser valorada desde diferentes puntos de vista, como la medición de su duración o de su frecuencia a través de la simple observación o con la ayuda de los lentes de Frenzel, o con la ayuda del electronistagmógrafo, el cual nos permite además cuantificar su amplitud y la velocidad del componente lento. La decisión de cuantificar el nistagmus a través de la medición de la máxima velocidad del componente

lento, se debió principalmente al hecho de que se le considera como uno de los parámetros más estables (Aschan, Gulik, Pfaltz, HERNIKSSON, STAHLE). Nuestra intención en un principio, fue la de cuantificar también la intensidad del nistagmus a través de su frecuencia máxima, pero frecuentemente observamos en los trazos electronistagmográficos, períodos de disritmia que nos dificultaron su correcta evaluación. Dicho sea de paso, esta disritmia aun cuando se ha dicho que puede sugerir una disfunción del sistema vestibular, los cambios en la actividad mental, son capaces de producirla (Mahoney y Lidvall). La duración de las respuestas no se tomó en cuenta debido a que probablemente es uno de los parámetros menos estables, como lo expresan Hinchcliffe y Sokolovski.

Cuando se utilizaron 300 cm³ de agua para la estimulación de los laberintos, la sensación subjetiva de vértigo en un gran número de casos, resultó muy desagradable, mientras que al reducir el volumen de agua, dicha sensación de malestar se redujo, e inclusive, en algunos casos no se presentó.

Una ventaja que consideramos importante al utilizar la técnica de estimulación propuesta en este trabajo, es la de que sin haber disminuido su eficacia para la obtención de respuestas adecuadas, se redujo el tiempo de aproximadamente 40 minutos que se emplean con la técnica de Hallpike a solamente 15 ó 20 minutos. Además, al no requerir el uso de irrigadores especiales, el costo del equipo también se reduce.

Por último quiero enfatizar que a pesar de que las pruebas calóricas no son de ninguna manera un método exacto para evaluar la función vestibular, debido entre otros motivos a la gran variabilidad de respuestas que existen entre sujetos normales (Litton y McCabe), en la actualidad sigue siendo uno de los pocos métodos que nos permiten estudiar al laberinto y sus conexiones en el sistema nervioso central por separado.

CONCLUSIONES

A través de este estudio se demuestra que para la realización de

las pruebas, es suficiente utilizar como estímulo 50 cm³ de agua a 44 y 30°C con un tiempo de irrigación de 20' y con intervalos de tiempo entre éstas de 1 a 2 minutos.

La declinación de las respuestas observadas con esta técnica de estimulación fue similar y en algunos casos menor a la que se obtiene al utilizar la técnica propuesta por Fitzgerald y Hallpike.

En relación a la paresia canalicular, todos aquellos valores porcentuales que excedan $\pm 16\%$, se consideran anormales y en relación a la preponderancia direccional, los valores que excedan $\pm 15\%$, son anormales.

Por medio de esta técnica se logró reducir las sensaciones de malestar y vértigo, se disminuyó el tiempo para la realización de las pruebas calóricas y por último se redujo el costo del equipo.

BIBLIOGRAFIA

1. Aschan, G., Bergstedt, M., Stahle, J.: Nystagmography. Acta Otolaryng. (Stockh.) Suppl. 128, 1956.
2. Fitzgerald, G. and Hallpike, C. S.: Observations on the directional preponderance of caloric nystagmus resulting from unilateral labyrinthectomy. Brain 65, 115, 1942.
3. Henriksson, N. G.: Speed of slow component and duration in caloric nystagmus Acta Otolaryng. (Stockh.) Suppl. 125, 1956.
4. Hinchcliffe, R.: Comunicación personal.
5. Hood, J. D., and Pfaltz, C.: Observations upon the effects of repeated stimulation upon rotatory and caloric nystagmus. J. Physiol. 124, 130, 1954.
6. Jongkees, L. B. W., Philipszoon, A. J.: Electronystagmography. Acta Otolaryng. (Stockh.) Suppl. 189, 1964.
7. Jongkees, L. B. W.: Comunicación personal.
8. Lidvall, H. F.: Vertigo and Nystagmus responses to caloric stimuli repeated at short intervals. Acta Otolaryng. 53:33, 1961.
9. Litton, W. B., McCabe, B. F.: Controllabe variables in vestibulometry. Arch. Otol. 86:445, 1967.
10. Mahoney, J. L., Harlan, W. L. and Bickford, R. D.: Visual and Other factors influencing caloric nystagmus in normal subjects. Arch. Otolaryng. 66:46, 1957.
11. Stahle, J.: Electronystagmography in the caloric and rotatory tests. Acta Otolaryng. (Stockh.) Suppl. 137, 1958.
12. Sokolovski, A.: The influence of mental and visual fixation upon caloric-induced Nystagmus in normal subjects. Acta Otolaryng. 61, 209, 1966.

Organización y Funcionamiento de un Banco de Oídos*

Dr. Eduardo MONTES DE OCA FERNÁNDEZ**

En esta comunicación se muestra la organización y funcionamiento del primer Banco de Oídos establecido en la República Mexicana. Se especifican las técnicas para la toma y conservación de los trasplantes y se enumeran los objetivos del Banco y los diferentes tipos de injertos que pueden obtenerse en el mismo. Se indican las instituciones nacionales que hasta el presente han hecho uso del Banco.

En el oído, la idea de trasplantes no es nueva, el año de 1940 Gottfried Acidalius Marchius de Wittenberg¹ intenta reparar la membrana timpánica con vejiga de cordero. En 1958 Hall² y Ritzner³, inician una nueva etapa en las timpanoplastias con la transposición del yunque. Chalat en 1964⁴ utiliza homoinjertos frescos de membrana timpánica y en 1966 House⁵ y Hildyard⁶, emplean el yunque homólogo. El mismo año Marquet⁷, comunica el uso de homoinjertos de membrana timpánica preparados con Cialit y dos años después Glasscock y House⁸, usan homoinjertos de membrana timpánica y huesecillos preparados con alcohol. En 1970 Perkins⁹ utiliza los mismos tipos de injertos y emplea para conservarlos formaldehído.

A partir de Marquet⁷, otros autores,^{10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21} mencionan buenos resultados con el empleo de homoinjertos.

House²², obtiene resultados "desalentadores" en 12 de 16 casos operados por él (cuadro 1).

Las lesiones destructivas del oído medio, por infección crónica son muy frecuentes en nuestro medio y provocan disminución de la audición, que cuando es bilateral y profunda, ocasiona grandes trastornos en la comunicación humana.

Este grupo de sorderas conductivas es tributario de la timpanoplastia funcional y es todavía en la actualidad un desafío para el cirujano de oídos.

La principal ventaja de los homoinjertos es su cualidad plástica, se conserva la forma y función del modelo original; el tímpano por ejemplo es cónico y más delgado que otros materiales²³.

Estos implantes no representan en realidad homoinjertos en el sentido inmunológico estricto, porque el material del implante ha sido biológicamente inactivado. Esto se logra con la desnaturalización proteica, que inhibe la reacción antígeno-anticuerpo, que es la responsable del rechazo en la cirugía de los trasplantes. La bien conocida reacción receptor-injerto, se previene con la técnica de preservación empleada, ya que el tejido implantado es colágeno acelular²⁴.

Se considera que el médico tratante no tiene el tiempo necesario para obtener sus propios injertos ni tampoco posee la técnica ópti-

ma para obtenerlos. Las fuentes de abastecimiento de tejidos otológicos deben estar controladas de acuerdo con el Código Sanitario y con un nivel máximo de calidad y esterilidad. Además no hay evidencias de reabsorción o de rechazo del homoinjerto del oído medio. Por estas razones la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y la Dirección General de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, crearon el Banco de Oídos. Para que el cirujano otólogo de vanguardia con criterio objetivo y positivo pueda usar los injertos en la práctica diaria, sin considerarlo como panacea en la cirugía reconstructiva del oído medio.

El objetivo de esta comunicación, es relatar los procedimientos empleados para el establecimiento de un Banco de Oídos, así como los tipos de injerto que se pueden obtener de este Banco.

Los objetivos del Banco de Oídos son:

a) Preparar los recursos biológicos para ayudar a la rehabilitación quirúrgica del paciente con determinadas lesiones conductivas del oído.

b) Promover el desarrollo de la investigación otológica.

c) Ayudar a la difusión de los conocimientos en este área de los especialistas en otología, contribuyendo también a la información de estos aspectos, en la población general.

El Banco de Oídos es una institución dedicada a obtener, preparar, conservar y distribuir oídos hu-

* Recibido en la Redacción el 15 de noviembre de 1977.

** Director del Banco de Oídos de la Dirección General de Servicios Médicos del Distrito Federal (México).

CUADRO I

TIPO DE INJERTOS QUE SE PROPORCIONAN EN EL BANCO DE OIDOS DE LA DIRECCION GENERAL DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

Tipo I.*	a) Membrana timpánica sola, (Hj. Ia) (fig. 2). b) Huesecillos solos, (Hj. Ib) (figs. 3 y 4).
Tipo II.	a) Membrana timpánica unida al Martillo, (Hj. IIa) (fig. 5). b) Membrana timpánica unida al Martillo y al Yunque, (Hj. IIb) (fig. 6).
Tipo III.	a) Membrana timpánica unida al Martillo, Yunque y Estribo. (Hj. IIIa) (fig. 7).

* Clasificación tomada de Lacher, Jassaud y Sánchez Gil, Rev. Laryng. 94:401, 1974.

CUADRO II

BANCO DE OIDOS DE LA DIRECCION GENERAL DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

Resultados obtenidos por diversos autores con homoinjertos de oído.

Autor	No. de casos	% de "buenos resultados"*
Antoli - Candela F.	157	65
Marquet, J.	400	80
Plester, D.	30	90
Morrison, A. W.	20	65
Chiossone, E.	9	66
Brandow, C.	48	70
Wehrs, R. E.	164	98
Smith, G. D. L. y Cols.	21	65
Perkins, R.	24	100
Rivas, J. A.	43	85
Smith, M. F. W.	24	55
Wehrs, R. E.	122	75
Brandow, C.	175	85
TOTAL	1,237*	Promedio 76.8

(*) Ganancia post-operatoria de más de quince decibeles con homoinjertos. House obtiene resultados "desalentadores" en 12 de 16 casos.

CUADRO III

BANCO DE OIDOS DE LA DIRECCION GENERAL DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

(*) Homoinjertos enviados a diferentes instituciones.

Hospital Centro Médico La Raza del I.M.S.S.	64
Hospital General de México de la S.S.A.	55
Hospital Central Militar	22
Hospital Infantil de México de la S.Š.A.	19
Hospital Regional Militar de Guadalajara	15
Hospital de Concentración Nacional de Pemex	30
Hospital Centro Médico Naval	16
Instituto Nacional de Neurología de la S.S.A.	18
Instituciones Privadas	42
TOTAL	281 (*)

nos, así como por los resultados clínicos comunicados por diversos autores. Se almacenan los temporales en formaldehido "bufferiza-

do" al 4% a un pH de 5.6.

Una a tres semanas después se obtienen los injertos extirpándolos de los huesos temporales obteni-

manos con fines de transplante. Se encuentra localizado en el Hospital de Urgencias "Dr. Rubén Leñero", de la Dirección General de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal; en una área específica de laboratorio, en dos cubículos dedicados a la disección anatómica microquirúrgica de los huesos temporales. Cuenta también con servicios administrativos y de trabajo social adjuntos.

El Banco de Oídos tiene un Comité Directivo formado por un Coordinador General, un Director, un Sub-Director un Jefe del Banco y tres Vocales, que supervisan los procedimientos inherentes a la obtención de los órganos y asignan en forma gratuita y con prelación razonada, los órganos obtenidos.

Este comité directivo es el responsable del correcto funcionamiento técnico y administrativo del banco de oídos. Hay un técnico dedicado a la obtención de temporales de cadáveres en diferentes hospitales del Distrito Federal. Cinco técnicas obtienen los homoinjertos; trabajan en dos turnos y en los 2 cubículos de disección. Una secretaria y 2 trabajadoras sociales efectúan la promoción de donación en vida de los tejidos óticos. Se ha logrado que el Banco de Oídos cuente con amplias facilidades institucionales como son: morgue cercana y personal técnico debidamente entrenado.

Los órganos óticos se obtienen de donaciones gratuitas y expresas. Se extirpan dentro de las 24 horas de la muerte del donador. Se excluyen aquellas personas que hayan fallecido de padecimientos infecciosos, virales y neoplásicos e infecciones previas del oído medio.

El hueso temporal se extirpa por medio del trépano de Schuknecht, se toma como centro del trépano, el conducto auditivo interno.

El cilindro de hueso temporal se obtiene bajo condiciones lo más limpias posible. Se procede a la clasificación de los oídos para su identificación posterior. (Fig. 1).

Para la preservación de los temporales usamos en el Banco de Oídos la técnica preconizada por Perkins²⁵, misma que previene la descalcificación de huesecillos humanos; por los excelentes resultados experimentales obtenidos con este método por Carder²⁶ en gatos, y por Dawkins²⁷ en mo-

dos. Se emplea el microscopio de disección tipo Urban-House e instrumental de microcirugía. Una vez fijado el hueso temporal, se usa succión. irrigación continua para evitar la desecación. Se efectúa la extirpación de la piel del conducto auditivo externo, así como la desepitalización de la membrana timpánica. A continuación se disecciona el periostio del conducto auditivo externo, después se efectúa la desinserción de la membrana timpánica, conservando el anulus íntegro. Se descubre el ático por medio de fresa de la base del cráneo y a través de éste y con ayuda de aticotomía se expone la cadena osicular, que se libera. Para lograrlo se seccionan los ligamentos osiculares y los tendones del músculo tensor del tímpano y del músculo estapedial. Se extirpa en bloque el injerto y se conserva en formaldehído "bufferizado" al 4% y pH de 7.

Con la técnica descrita se obtienen en nuestro banco los tipos de injertos señalados en el cuadro I.

Se debe estar seguro que sólo se enviarán tejidos en excelentes condiciones y para lograrlo se efectúa, una meticolosa revisión previa al envío de los trasplantes y se rechazan los injertos dañados, como resultado de la extirpación del injerto, o por patología previa de la membrana timpánica o de los huesecillos.

La mayor parte de los cirujanos otólogos que han solicitado homoinjertos del Banco de Oídos, han estimado conveniente tener en su hospital un minibanco, que consiste en tener en existencia diferentes tipos de homoinjertos de ambos oídos. El cirujano cubre en esta forma sus necesidades imprevistas de trasplante. Además con este sistema el reemplazo del injerto empleado es automático. (Fig. 8).

Previamente a su aplicación, el injerto se lava durante una hora en suero fisiológico.

Los diferentes procedimientos quirúrgicos que requiere el trasplante, no son motivo de esta comunicación, pero es conveniente hacer notar que la patología del receptor susceptible de recibir este tipo de trasplante es muy vasta, ya que se ha encontrado que el homoinjerto es muy versátil.

Las indicaciones para efectuar trasplantes del oído son las siguientes:



Fig. 1. Cilindro de Hueso Temporal Obtenido con el Trepano de Schuknecht.



Figura 2



Figura 3

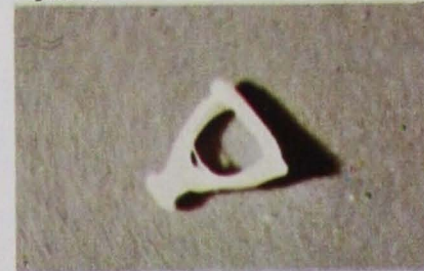


Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7

Fig. 2, 3, 4, 5, 6 y 7, ver Cuadro I.



Fig. 8. Muestra los diferentes tipos de Homoinjertos a disposición del cirujano en quirófano ("Minibanco")

a) Destrucción de los componentes del oído medio por proceso de otitis media crónica, colesteatoma o timpanoesclerosis.

b) Traumatismos que han provocado lesiones del oído medio.

c) Agenesia del oído medio.

Una vez efectuado el procedimiento quirúrgico del trasplante, se pide al cirujano responsable una comunicación detallada con los datos generales del receptor, así como la descripción del procedimiento quirúrgico efectuado. Esto implica que se pueden obtener datos conjuntos de los resultados a corto y largo plazo, al concentrar todos los datos obtenidos.

Los problemas técnicos y legales han sido superados en nuestro país para crear el banco de oídos, sin embargo, persisten otros problemas. La falta de educación higiénica de nuestra población, que impide que pacientes potenciales de timpanoplastías conozcan y exijan la atención institucional a la que tienen derecho, para el tratamiento de sus padecimientos susceptibles de resolverse con cirugía funcional otológica.

Es de hacer notar el hecho de que estos injertos son distribuidos en forma gratuita a instituciones calificadas, lo que hace que estos homoinjertos puedan aplicarse en pacientes de todos los estratos sociales.

El futuro de este banco es promisorio por la buena aceptación del homoinjerto por parte del receptor, sin embargo en nuestro medio ha habido poca demanda de homoinjertos de oído, en relación al número potencial de pacientes, que va acorde con el corto número de cirujanos otólogos que los usan. (cuadros III y IV)

Perkins²⁸, ve a los bancos de oídos, sólo como parte del progreso técnico otológico, con vista al posible implante futuro de unidades biosintéticas cibernéticas del oído.

En la patología de la transmisión del sonido tan delicada y compleja, deberá entenderse que los homoinjertos del oído son sólo un elemento más, para intentar aumentar la capacidad auditiva de algunos pacientes ya que:

a) La timpanoplastia funcional con éxito es la que restaura en forma permanente la audición.

b) El homoinjerto no substituye a los autoinjertos.

CUADRO IV

Número y tipo de homoinjertos solicitados.

BANCO DE OÍDOS DE LA DIRECCION GENERAL DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

Membrana timpánica con martillo, yunque y estribo articulados	12
Membrana timpánica con martillo y yunque articulados	59
Membrana timpánica con martillo	73
Membrana timpánica	4
Martillo	23
Yunque	84
Estribo	25
TOTAL	281

c) El homoinjerto completa el arsenal terapéutico del cual echar mano en casos problema.

d) Contamos con un banco de homoinjertos de oído, gratuito, para tenerlos a la mano en caso necesario.

BIBLIOGRAFIA

1. *Cit. por Brandow, C.*: Homograft timpanic membrane transplant in myringoplasty, *Acta Otolaryng. Belg.*, 24:39-44, 1970.
2. *Hall, A., Ritzner, C.*: Stapedectomy and autotransplantation of ossicles, *Acta Otolaryng.*, 47:318-324, 1957.
3. *Hall, A., Ritzner, C.*: Vitality of Autotransplanted ossicles, *Acta Otolaryng. (Suppl.)*, 1958:335-340, 1960.
4. *Chalat, N. L.*: Tympanic membrane transplant. *Harper Hosp. Bul.* 22, No. 1, Detroit, Mich., 1964.
5. *House, W. F. Patterson, Me., and Linthicum Jr., F. H.*: Incus Homograft in chronic ear surgery, *Arch. Otolaryngol.*, 84:52-57, 1966.
6. *Hildyard, V. H.*: Transplant of incus homograft in the human, *Arch. Otolaryngol.*, 86:294-297, 1967.
7. *Marquet, J.*: Reconstructive microsurgery of the eardrum by means of a tympanic membrane homograft. *Acta Otolaryngol.*, 62:459-464, 1966.
8. *Glasscock, M. E. Ill. House, W. F.*: Homograft reconstruction of the Middle ear: A preliminary report., *Laryngoscope*, 78:1219-1225, 1968.
9. *Perkins, R.*: Human homograft otologic Tissue Transplantation: Buffered formaldehyde preparation, *Trans Amer. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol.*, 86:391-402, 1970.
10. *Antoli-Candela, F.*: Tympano-ossicular homografts, *Acta Otorhinolaryngol. Belg.*, 24:111-24, 1970.
11. *Marquet, J.*: Reconstructive surgery of the middle ear by homograft, *Acta Otorhinolaryngol. Belg.*, 24:568-74, 1970.
12. *Plester, D.*: Tympanic Membrane homografts in ear surgery, *Acta Otorhinolaryngol. Belg.*, 24:34-7, 1970.
13. *Morrison, A. W.*: Homograft tympanoplasty and myringoplasty, *Acta*

- Otorhinolaryngol. Belg.*, 24:45-52, 1970.
14. *Perkins, R.*: Homograft tympanic membrane with suture sling, *Laryngoscope*, 80:1100-8, 1970.
15. *Chiossone, E.*: Timpanoplastia: Reconstrucción de la cadena osicular, *Acta O.R.L. Iber Amer.*, 4:646-669, 1972.
16. *Wehrs, R. E.*: Tympanic membrane. Three years experience with the homograft, *Trans Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol.*, 76:142-6, 1972.
17. *Smyth, G. D. L., Kerr, R. J., Goorley, R. J.*: Tympanic membrane homograft. Further Evaluation, *J. Laring.*, 83:1061-1065, 1969.
18. *Rivas, J. A.*: Homoinjertos en timpanoplastia, *Rev. Panam. O.R.L.*, 5:30-32, 1975.
19. *Smith, M. F. W., Downey, D.*: Otologic Homograft indication, techniques and anatomic and functional results, *Trans Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol.*, 80:47-51, 1975.
20. *Wehrs, R. E.*: The Homograft Notched incus in Tympanoplasty, *Arch. Otolaryngol.*, 100:251-255, 1974.
21. *Brandow, C.*: Homograft Tympanic membrane Myringoplasty, *Arch. Otolaryngol.*, 102:473-477, 1976.
22. *House, W. F.*: Homograft Transplants of the middle ear, *Trans Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol.*, 73: 836-841, 1969.
23. *Tonndorf, J. Khauna, S. M.*: The Role of the Tympanic membrane in middle ear Transmission, *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, 79:743-753, 1970.
24. *Siefert, K. E.*: Biological aspects of collagenous homografts, *Acta Otorhinolaryngol. Belg.*, 24:27-33, 1970.
25. *Baron, B. C., Perkins, R.*: Preventing Decalcification of human ossicles stored in a Buffered formaldehyde solution, *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, 83:403-406, 1974.
26. *Carder, G. A.*: Homograft Tympanic membrane in cats, *Laryngoscope*, 84:1332-45, 1974.
27. *Dawkins, R. S. J.*: Experimental middle ear homografts, *J. Laryngol. Otol.*, 85:315-36, 1971.
28. *Perkins, R.*: Ear Bank of Project ear, *Trans Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol.*, 80:23-24, 1975.

Técnica y Anatomía Radiológicas de la Pirámide Nasal

Dr. Ramón RUENES*
Dr. Fernando COUTO*

Los autores describen una nueva técnica tomográfica para el estudio de la pirámide y fosas nasales.

Se describen las diferentes estructuras anatómicas que se visualizan en los diferentes cortes tomográficos y se explican las bondades del método.

Ante los problemas que se presentan a diario en la cirugía de la nariz y lo mal que muestran la anatomía de la pirámide nasal y de las fosas nasales las radiografías convencionales de senos paranasales y a raíz de tener que participar en una mesa redonda sobre "Traumatismos del macizo facial", con el tema de fracturas de huesos nasales, comenzamos a tener nuestra propia experiencia después de conocer la clasificación de las fracturas de los huesos nasales del Profesor Dulac, utilizando el perfilograma y la tomografía con barrido lineal transversal anteroposterior.

Se nos ocurrió a nosotros en México y en Burdeos, Francia, al Profesor Georges Guillen, que haciendo un estudio tomográfico con barrido polidireccional se observa-

ban muy bien los cartílagos de la nariz y se empezaron a encontrar no sólo fracturas de huesos nasales que buscábamos en un principio, sino también desviaciones de las diferentes porciones del septum tanto cartilaginoso, como óseo, que no se hacían aparentes en las radiografías convencionales de senos paranasales.

Además fuimos encontrando la utilidad del método en la visualización de las diferentes partes anatómicas de la nariz y de sus zonas adyacentes (senos paranasales, los meatos de los senos, vías lagrimales). Este método permite también una buena exposición radiográfica de los cornetes medios y hacer bien aparentes también la presencia siempre del que se ha llamado cornete del septum, por el Dr. Jaime Carrillo. Recientemente comenzamos a estudiar el cuerpo adenovascular de la parte posterior del septum nasal que describe el Dr. Ribeiro de Almeida.

Además este método permite una visualización de dichas estructuras similar a la que se obtiene durante la inspección clínica o la cirugía.

Material y Método

El estudio radiológico de la pirámide nasal consiste en la toma de una radiografía de perfil útil desde luego no sólo para observar los huesos nasales, sino también para valorar los cartílagos de la pirámide nasal; la proyección cefalocaudal con objeto de valorar el estado de la columela y las cruras, tanto laterales, como medias de los cartílagos lobulares y el lóbulo mismo de la nariz, además de que nos ofrece una vista más del estado que guardan los huesos nasales y por fin el estudio tomográfico con barrido polidireccional colocando al paciente con la cabeza en hiperextensión de manera que el perfil (base de la columela y referencia externa del nasion), forme un ángulo de 45° con el plano horizontal y se procede entonces a practicar ocho cortes tomográficos en distancias entre siete y nueve cms., dependiendo del tamaño de la pirámide nasal, que nos van a mostrar las diferentes zonas de las fosas nasales. El primer corte debe pasar exactamente a nivel del borde anterior de las cruras laterales de

* Centro Radiológico Especializado, Durango 90, 10º Piso. México, D.F.

los cartílagos lobulares. El segundo corte debe hacerse pasar a nivel de la zona dos, o sea en la región valvular, en que vamos a estudiar el estado y la forma de los cartílagos laterales superiores y las válvulas de la nariz. El corte número tres debe coincidir prácticamente con la unión del septum cartilaginoso con los huesos nasales o sea es un corte a nivel de la apertura piriforme. Este es el nivel en que aparece en corte el mencionado cornete del septum.

El corte número cuatro se localiza a nivel de la unión del septum cartilaginoso con el septum óseo (lámina perpendicular del etmoides y vomer).

En los cortes cinco, seis y siete, se estudian las zonas cuatro y cinco del septum óseo, y la zona de los cornetes, pudiendo valorarse los esqueletos de los cornetes medios y de los inferiores y el estado de la mucosa en el momento del examen. A nivel del cornete cinco o seis logramos visualizar la posición de los meatos de los senos maxilares, y en muchas ocasiones las vías lagrimales. A nivel del corte número siete y también ya del ocho en que se ve la porción final del septum en que se hace aparente el cuerpo adenovascular.

Los huesos nasales y las ramas ascendentes del maxilar superior se estudian en los cortes tomográficos tres, cuatro y cinco, viéndose claramente en este último, la unión de los huesos nasales con los huesos frontales.

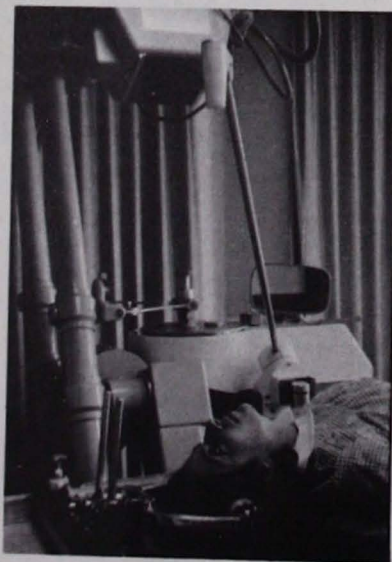


Fig. 1. Posición del paciente en el tomógrafo.



Fig. 2. Esquema radiológico de la posición del paciente y altura de los cortes tomográficos.

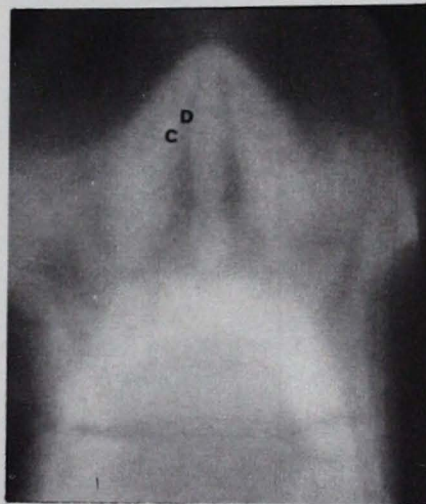


Fig. 4. Corte Tomográfico No. 2.
C) Cartílagos Laterales Superiores. D) Regiones Valvulares.

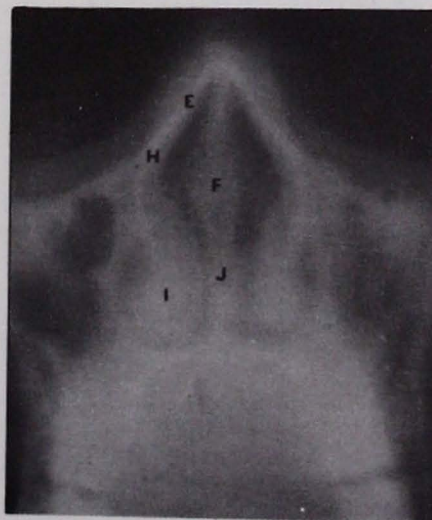


Fig. 6. Corte Tomográfico No. 4.
E) Huesos Nasales. F) Cornete Septal. H) Ramas Ascendentes de Maxilar Superior. I) Cornetes Inferiores. J) Unión de Septum Cartilaginoso con el Oseo.

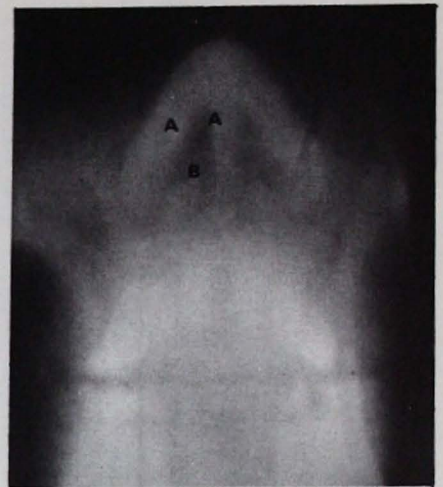


Fig. 3. Corte Tomográfico No. 1.
A) Cartílagos Lobulares. B) Vestíbulo Nasal.

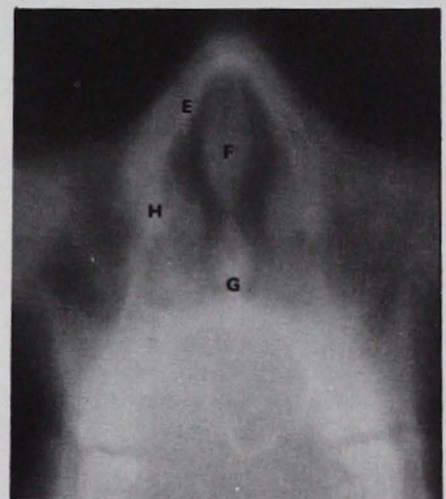


Fig. 5. Corte Tomográfico No. 3.
E) Huesos Nasales. F) Cornete Septal. G) Premaxila. H) Ramas Ascendentes de Maxilares Superiores.

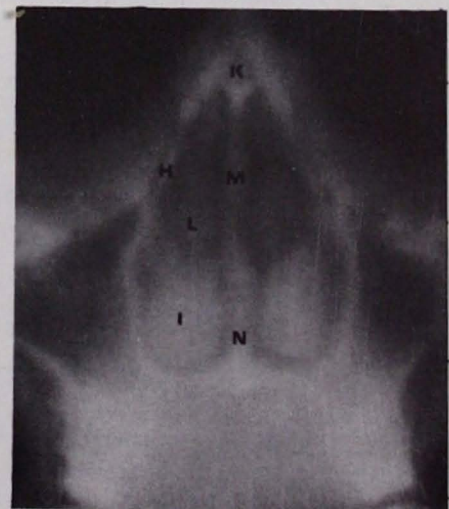


Fig. 7. Corte Tomográfico No. 5.
H) Ramas Ascendentes de Maxilar Superior. I) Cornetes Inferiores. K) Nasión. L) Cornetes Medios. M) Lámina perpendicular del Etmoides. N) Vomer.

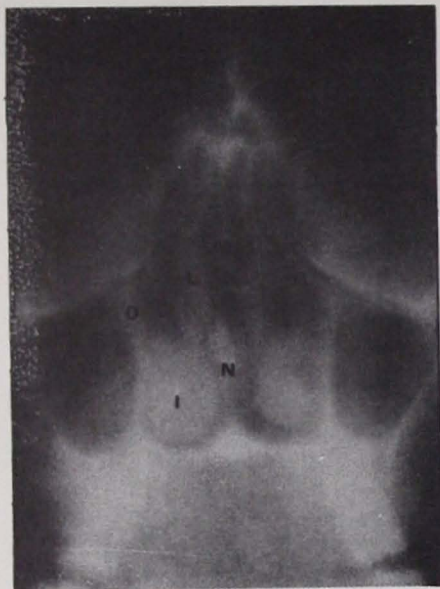


Fig. 8. Corte Tomográfico No. 6.
I) Cornetes Inferiores. L) Cornetes Medios.
M) Lámina perpendicular del Etmoides. N) Vomer. O) Meatos de Senos Maxilares.



Fig. 9. Corte Tomográfico No. 7.
I) Cornetes Inferiores. L) Cornetes Medios.
M) Lámina perpendicular del Etmoides.
N) Vomer.

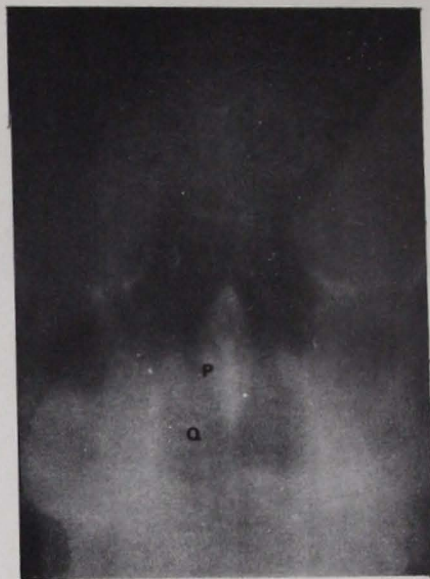


Fig. 10. Corte tomográfico No. 8.
P) Cuerpo Adenovascular. Q) Coanas.

COMENTARIO

1. Se describe un nuevo método radiológico (Tomografía semi axial), además de hacer una valoración especial sobre el perfilograma y la radiografía cefalocaudal de la pirámide nasal.

2. Se describen las partes anatómicas que se encuentran en las diferentes regiones de la pirámide nasal, así como de las fosas nasales de acuerdo con la división que se hace de ellas para la cirugía rinológica.

3. Se muestran sin ninguna deformación por exploraciones, ya que durante este estudio no se hace ninguna maniobra sobre el paciente, las regiones de los cartíla-

gos de la pirámide nasal de las zonas, tanto vestibular, como valvular.

4. Este examen radiográfico nos va a permitir tener la valoración fácil y real de las diferentes zonas del septum nasal así como las regiones anatómicas adyacentes (cornetes meatos de los senos y senos paranasales ya que ofrece una buena visualización de todas las cavidades).

BIBLIOGRAFIA

1. Dulac, G. L.: Semiologie radiologique des lesions des fosses nasales et des cavités accessoires. *Encycl. Med. Chir.*, 31, 673, A 10.
2. Carrillo, J.: Cornete Septal; Trabajo leído en el Annual Meeting Amer-

ican Rhinological Society, Dallas, Texas, USA, 1975.

3. Ribeiro de Almeida, C.: Study of the Adenovascular Body of the posterior part of the nasal septum. *Arch. Orolaryngol.* Vol. 101:344-347. 1975.
4. Vignaud, J., Dulac, G. L.: *Traité de radiodiagnostic.* Masson and Cie, Vol. 17:405-417. Paris, 1974.
5. Hinderer, K.: *Fundamentals of anatomy and surgery of the nose.* Aescylapius Publishing Company Birmingham, Alabama, USA, 1971:10-19.
6. Cornec, A.: *Anatomie des fosses nasales* *Encycl. Med. Chir.*, 20, 265, A 10.
7. Gosserez, M.: Anatoine M., Malraison P. et Tréheux M. *Radiologie de la pyramide nasale.* *J. Radiol. Electrol.*, 37, 638-643, 1956.
8. Sénéchal, G., Dulac, G. L.: *Exploration radiographique de la pyramide nasale.* *Ann. Chir. Plastique*, 11, 4, 251-257, 1966.

Se solicita el canje

— Exchange is required —

— On demande l'échange

Resumen Bibliográfico

A cargo del:

Dr. Andrés Delgado

THE MICROBIOLOGY OF CHRONIC MIDDLE EAR EFFUSIONS IN CHILDREN

(Microbiología de las efusiones de la caja en los niños)

Healy B. and Teclé
D. Laryngoscope,
87:1472-78, (1977)

En este artículo se hace un estudio microbiológico de las efusiones de la caja timpánica en pacientes con otitis media de tipo seroso. Se practicaron timpanocentesis en 57 niños, 40 del sexo masculino y 17 del femenino, entre las edades de 4 meses y 10 años. En 95 casos se halló caja ocupada; en 35 casos, las muestras fueron negativas para una o más especies bacterianas y en 31 casos resultaron estériles.

En 26 casos las efusiones del oído medio estaban infectadas y en 31 resultaron estériles. Los gérmenes patógenos encontrados con más frecuencia, fueron S.P. neumoniae y H. influenzae.

Los niños menores de tres años, mostraron una mayor frecuencia (67%) de infecciones, que los que superaban dicha edad (33%). En niños menores de tres años la flora bacteriana resultó similar a la encontrada en los niños con otitis aguda clásica.

Los autores concluyen que la re-infección subclínica de la caja ocupada por la otitis serosa, en los niños menores de tres años, es frecuente y que por ello en muchos casos debe asociarse el tratamiento antibiótico.

RESULTS OF CONSERVATIVE SURGERY FOR MIDDLE EAR CHOLESTEATOMA

(Resultados de la cirugía conservadora en el colesteatoma del oído medio)

Abranson M. and Lachenbruck P.
Laryngoscope 87: 1281-87, (1977)

Se presenta un estudio retrospectivo de 306 operaciones practicadas desde enero de 1969 a diciembre de 1973, con observación postoperatoria hasta 1976. En ese estudio solamente se incluyen pacientes de primera intervención. Las operaciones que se practicaron fueron las siguientes: nueve timpanotomías, 93 aticotomías, 49 mastoidectomías con conservación de la pared posterior del CAE y 155 mastoidectomías radicales modificadas.

Los resultados se analizaron en relación con la edad y se compararon con los obtenidos en otras instituciones. En tres de las 9 timpanotomías (33%), se halló colesteatoma residual o recidivante; sucedió lo mismo en el 17% de las aticotomías, el 35% de las mastoidectomías con conservación de la pared y en el 9% de las mastoidectomías radicales modificadas.

Se concluye que las mastoidectomías con conservación de la pared del CAE, resuelve únicamente el 36% de los casos, por lo que los autores estiman que la elección de dicha operación es inadecuada. La recidiva en total del colesteatoma fue del 16% de los casos.

THE EFFECT OF TRACHEOSTOMY ON THE LARYNGEAL CLOSURE REFLEX

(Influencia de la traqueostomía sobre el reflejo de cierre de la glotis)

Sasaki C. Masafumi Suzuki;
Masatoshi Horiuchi and
Kirchner J.
Laryngoscope, 87: 1428-33 (1977)

En este artículo se investiga el hecho de que los pacientes con traqueostomía prolongada presentan frecuentemente broncoaspiración, lo que se interpreta en el sentido de que durante el acto operatorio, se produjo una fistula yatrogénica traqueoesofágica, cosa que realmente ha ocurrido en muy pocos casos.

Los efectos de la traqueostomía son consecuencia del cortocircuito anatómico (bypass) que ocasiona las alteraciones de las vías respiratorias inferiores, pero que también las produce en las superiores, cuyas alteraciones no han sido bien estudiadas.

Negus, consideró el papel primario de la laringe como esfínter protector de las vías respiratorias altas que evita la introducción de materiales, durante la deglución. La función protectora de la laringe se origina en el momento del cierre glótico; cierre de mecanismo reflejo que puede alterarse a largo término como consecuencia de la traqueostomía. El neocircuito (bypass) de las vías respiratorias altas, ocasiona una disociación central del cierre reflejo laríngeo, que se mani-

fiesta por cambios de la latencia en las respuestas evocadas. Sin embargo, el cierre glótico está considerado como reflejo filogenéticamente primitivo y como respuesta fisiológica estable de tipo polisináptico del sistema nervioso central, por lo que los cambios de latencia indican que las vías neuronales centrales son capaces de variaciones considerables. Además el deterioro de esta respuesta refleja, sugiere una alteración de la "sensibilidad" de las neuronas motoras de la médula con respecto a los estímulos sensitivos originados en la laringe. Un estímulo que ordinariamente produce el cierre de la glotis, puede no hacerlo en los pacientes con traqueostomía prolongada.

STATUS OF TONSILLECTOMY AND ADENOIDECTOMY

(Estado actual de la amigdalectomía y la adenoidectomía)

Bluestone Ch.

Laryngoscope, 87:1233-43, (1977)

La amigdalectomía y la adenoidectomía combinadas o aisladas, son las operaciones más frecuentemente practicadas en los Estados Unidos de Norteamérica. A partir de las 786,000 intervenciones de ese tipo efectuadas en 1975, se observa una disminución de dicho número en los años siguientes.

Con fundamento en los datos disponibles, las indicaciones de dichas operaciones fueron: hipertrofia amigdalina y adenoidea, infecciones de las vías respiratorias altas y otitis media. El 60% de operaciones se llevó a cabo en niños menores de 6 años, y dentro de ese porcentaje, los médicos generales fueron los que practicaron la intervención, en un 60%.

Los autores establecen la conveniencia de hacer un estudio prospectivo del asunto, para conocer las verdaderas indicaciones y los resultados de dichas intervenciones. Se presentan los resultados preliminares de un estudio como el propuesto, hecho por los autores.

FUNDAMENTALS UNDERSTANDING OF NASAL OBSTRUCTION

(Bases actuales para la interpretación de la obstrucción nasal)

Ogura, J. Laryngoscope 87: 1225-32, (1977)

Es un hecho conocido que la obstrucción nasal produce aumento de la resistencia de toda la vía aérea. El autor ha trabajado en este problema por más de 20 años, durante los cuales ha utilizado diversos sistemas de enfocar el problema.

En este artículo estudia experimentalmente la relación neurológica que existe entre las diferentes porciones de la vía aérea. Esa relación se establece en forma refleja y se demostró midiendo los potenciales de acción del nervio vago en el punto de entrada en los bronquios o la contracción de la mucosa de la cara posterior de la tráquea, como consecuencia de la contracción de los músculos y se presentó consecutivamente a la estimulación del nervio vidiano o como respuesta al taponamiento nasal. Estos estudios se llevaron a cabo en perros y a través de una traqueostomía muy amplia. La contractura de la pared posterior, cede en cuanto se retira el taponamiento nasal. La medición en humanos, se hizo utilizando el respirador de Lexington.

ESTADO ACTUAL DE LA DESCOMPRESION QUIRURGICA Y DEL MANEJO QUIRURGICO DEL SISTEMA ENDOLINFATICO

Alfor, B., Cohn M. y Makato Iganashi.

Ann. Otol. 86: 683-688, (1977)

Desde los experimentos de Portman hace 50 años, ha quedado establecida la patogenia de la hidropesía laberíntica, consistente en la dilatación del sistema endolinfático, que puede ser el resultado de la producción excesiva de endolinfa o de la incapacidad de reabsorción de la misma, debida a cualquiera de los siguientes mecanismos: alteración funcional, atresia o agenesia del acueducto o del saco endolinfático, existencia de una fibrosis parasacular y finalmente presencia de una obstrucción endolinfática.

La demostración histológica de

un aumento de presión, ha sugerido que ese aumento es el responsable de los síntomas. La descompresión o el drenaje han sido las bases teóricas para el tratamiento quirúrgico de la Enfermedad de Ménière. Sin embargo, las diferencias filogenéticas de la función del saco endolinfático, han hecho imposible disponer de modelos animales para demostrar la teoría.

Por otro lado se ha demostrado que las fístulas experimentales llegan a cicatrizar aún en presencia de presiones hidrostáticas diferenciales y que las fístulas no evitan la presencia de una hidropesía laberíntica.

Se ha considerado que toda dilatación de los conductos endolinfáticos es resultado de un aumento de la presión, hecho que no ha sido demostrado, es más, tampoco se sabe si la dilatación es debida a un aumento de la presión hidrostática o de la presión osmótica.

Los resultados de las descompresiones quirúrgicas adolecen de los siguientes defectos: observación postoperatoria demasiado corta, falta de controles comparativos, falta un diseño experimental bien definido y por último los cuadros clínicos varían mucho de un paciente a otro.

Las publicaciones recientes indican mejoría o supresión del vértigo en una proporción que oscila del 40% al 90% de los casos con una variación también muy considerable por lo que respecta a la mejoría de la audición. La operación de la tachuela (tack operation), mejora el vértigo entre el 67 y 92% de los casos. Las críticas a este procedimiento son similares a las que se hacen a los otros métodos, pues con ellos se tiende a producir una disminución importante de la audición a medida que transcurre el tiempo.

Los autores obtienen un 90% de mejorías, con la sección del nervio vidiano, comparable y más constante al 40-90% que se obtiene con los restantes procedimientos. Además, los autores han seguido observando sus resultados durante varios años y citan un elevado porcentaje de casos con conservación de la audición.

Finalmente, los autores expresan la necesidad de un mejor conocimiento de la patogenia de la Enfermedad de Ménière, con objeto de establecer un tratamiento con bases más sólidas.



DR. LEO DEUTSCH

Hablar a ustedes de Deutsch, es para mí fácil y agradable. Lo llevo grabado de manera indeleble en mi memoria, me acompañó en horas inolvidables de mi vida profesional.

Al ver y juzgar a un hombre, lo hacemos siempre de algunas facetas de su vida y a través de ese filtro que es nuestra arquitectura cerebral, nuestras pasiones y el momento en que se desarrollan los acontecimientos. A mediados de los años cuarentas, me encontré con Deutsch, pero antes, estando en Torreón, tuve antecedentes de él por algunos artículos que publicó en revistas nacionales. Artículos muy interesantes sobre sus temas favoritos: complicaciones endocraneanas de los procesos supurativos del oído, anatomía patológica cocleovestibular y diagnós-

tico neurológico en el campo de la Otorrinolaringología.

Había nacido el 29 de enero de 1893 y se recibió en Viena de 1920 con la Tesis Edema del Párpado.

Leo nos proyectaba la Escuela de Viena: Alexander, Neuman, Kobrak, Hajeck y ponía especial énfasis en los trabajos radiológicos de su colaborador y maestro Mayer.

Llegó a México en noviembre de 1938. Era en ese tiempo un científico y un maestro desubicado. Su timidez, quizá natural, las penas que acarrea y la tormenta que nos lo trajo, unidas a la dificultad del idioma español, que nunca dominó plenamente, limitaron su campo.

Varias veces le invité a trabajar en el departamento de Otorrinolaringología del Instituto de Cardiología. No decía que no, pero no se presentaba. Un día coincidió con un Curso de Post-Graduados al que me acompañó el Dr. Francis Lederer, contaba él que le dije: "O se incorpora a nosotros o vaya al diablo". Su temor al diablo, o las palabras de Lederer lo decidieron a incorporarse a nosotros; liga profesional que terminó casi 25 años después el día que dejó de ejercer la medicina; pero como los médicos de verdad, Leo vivió en la Medicina íntegramente hasta su muerte.

México aprovechó las mejores horas de Leo Deutsch y vivió el momento estelar, de la Otorrinolaringología vienesa por su conducto. Fue uno de los mejores representantes de esa escuela que iluminó la Otorrinolaringología mundial. Puedo afirmar que con Deutsch, vivió la Otorrinolaringología de México, una de sus mejores épocas.

Era Leo un profesor nato, lograba interesar a sus alumnos. Así se inició con bases firmes en México la Otorrinología y la Radiología otológica.

Con apoyo en sus conocimientos radiológicos, hicimos una clasificación de las atresias del oído basada en nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico y resultado que nos pareció útil para el pronóstico.

En 1953, se inició la Dirección de Rehabilitación y con ella, el hoy Instituto de la Comunicación Humana cuyo primer nombre fue el de Instituto Nacional de Audiología. A él dedicó el Dr. Deutsch muchas horas de trabajo, muchas horas de enseñanza, en él fue ejemplo de cumplimiento del deber, de rectitud y de bondad.

Durante una temporada, se ocupó del estudio de la Teoría de Freud y en forma clara, analizó lo que podía servirnos; pero tuve la impresión de que aunque le parecía valiosa y razonable la aportación de Freud, no le satisfacía por no ajustarse a su recia educación científica. Lo convenía más el pensador e investigador que sus conclusiones.

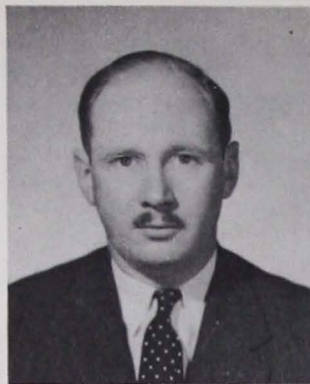
Por decenas pueden contarse los discípulos del Profr. Deutsch, y entre ellos, a su hijo Ernesto cuya capacidad es reconocida por todos y de quien esperamos mucho en todos los aspectos, a los doctores Jaime Carrillo que lo entendió y siguió con afecto, Humberto Alcocer, Rafael Giorgana, Héctor Peralta y tantos otros a los que dio conocimientos, orientación y apoyo; a otros, como Ramón Ruenes, Francisco Hernández Orozco y Andrés Bustamante Balcárcel en cuya actividad científica y profesional influyó decisivamente.

En el Instituto de Cardiología y en el Instituto de la Comunicación Humana. Leo, rodeado de los retratos de los hombres y médicos que admiraba y que le recordaba su origen, con la modestia del sabio, dejó su nombre grabado en el alma de los que le conocieron y trataron.

Es costumbre y en este caso justo y necesario, hacer mención de su compañera, la Sra. Helena Reiss de Deutsch: guapa, enérgica, pasional y violenta, que lo rodeó de bello amor hasta su muerte, que con su instinto de mujer, quiso a los que le querían en verdad y odiaba a los que le combatían o molestaban. Fue una fortaleza dentro de la cual, Leo pudo rendir tantos frutos: nuestro hombre fue un judío completo: creyente, defensor de los suyos, inteligente, que gozaba con sus triunfos y se entristecía con sus derrotas.

Traumas físicos y morales, que yo diría, no merecía, lo hicieron cada vez más secamente dulce y le obligaron a suspender su trabajo. Sus lesiones físicas lo entristecieron y se fue lentamente, este santo judío, dejando para gran número de nosotros, un grato recuerdo que no morirá sino hasta cuando cada uno de nosotros vaya desapareciendo.

DR. ANDRÉS BUSTAMANTE GURRÍA.



DR. WALTER FRANCISCO REINKING SCHAEFFER

Nació el 25 de enero de 1912 en Hamburgo, Alemania. Llegó a México al puerto de Veracruz el 3 de febrero de 1920, a encontrar a su papá el Dr. Federico Reinking, que ya estaba instalado en México.

Estudió la primaria en el Colegio Alemán de la calzada de la Piedad en la ciudad de México. Hizo sus estudios de secundaria en San Antonio, Texas, en el Texas Military Institute e inició sus estudios universitarios en las Universidades de Tulane y en Auburn, Alabama.

Regresó a México a revalidar sus estudios en la Escuela Nacional Preparatoria de San Ildefonso, para después ingresar en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, de donde se recibió de Médico Cirujano, presentando su examen profesional el

5 de marzo de 1938. Fue practicante en el Hospital Juárez de la ciudad de México y realizó su Servicio Social en Cuitzeo del Porvenir, Michoacán.

Adquirió la ciudadanía mexicana el 13 de septiembre de 1938.

A finales de 1938 se trasladó a Alemania, para especializarse en oídos, nariz y garganta en la Universidad de Gotinga de donde regresó en el año de 1940.

Trabajó durante 10 años con su padre, el Dr. Federico Reinking. Después de especializarse continuó tomando cursos de actualización en Stuttgart, Alemania y Nueva York, EE. UU.

Perteneció al Colegio Mexicano de Otorrinolaringología, a la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, al Colegio Nacional de Médicos Cirujanos y al International College of Surgeons.

Falleció en la ciudad de México a la edad de 65 años, el 29 de agosto de 1977.



DR. JOSE VICENTE MANERO SUAREZ

Otro de los maestros que nos dejó el fin del pasado año, fue el Dr. D. José Vicente Manero Suárez, nacido en 1894, tenía al morir 83 años.

Terminó sus estudios de Médico Cirujano, en la UNAM, en 1922. Gran parte de su carrera docente y hospitalaria se desarrolló en el Hospital Juárez de México, en el que se inició como practicante, para en 1929 ser Jefe del Servicio de ORL del propio hospital y fundar la Cátedra de ORL adscrita a la UNAM.

Ingresa en la Academia Mexicana de Cirugía en 1940.

Fue Presidente de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Oftalmología, de la que posteriormente nació nuestra actual Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, de la que al morir era uno de los Miembros Honorarios.

Verificó estancias de estudios en Europa en 1938, participó en la formación de la agrupación de la "Voce cantata e parlata".

Fue profesor de Otorrinolaringología en el Hospital Militar de México y son muchas las generaciones de alumnos que se formaron bajo su dirección.

Sus distracciones favoritas fueron la charrería, el tiro y el tenis, deportes en los que se distinguió.

En lo personal su trato señorial y afable, al que acompañaba una presencia física de gran señor, le grangearon amistades y afectos de cuantos le conocimos.

Reciba su hijo, el Dr. Ernesto Manero, nuestras condolencias.



DR. ANGEL MATUTE VIDAL

La personalidad del Dr. Matute, durante tantos años Director del Hospital Español de México, supera al campo de nuestra especialidad y es por eso, al considerarlo una personalidad médica nacional, que lo incluimos en este obituario, desgraciadamente tan extenso.

Originario de México, D. F., nació el 16 de septiembre de 1910 por lo que al morir contaba 67 años de edad.

Hijo de padre español y de madre mexicana, constituía esa fácil-difícil síntesis de lo español y lo autóctono que ha venido a constituir el actual México; así lo sentía él y así eran sus manifestaciones vitales, un auténtico mexicano con una profunda raíz en la tierra de su padre.

Querer citar sus títulos académicos, profesionales y docentes, su actuación hospitalaria y sus numerosas publicaciones, sería interminable;

bástenos decir que alcanzó los más altos grados académicos nacionales y extranjeros.

Todos le recordamos con su invariable puro en la boca, su bonhomía que en modo alguno excluía su firmeza y profunda capacidad organizadora, su brillantez quirúrgica, su franqueza de trato y su enorme capacidad de trabajo.

Su personalidad se completaba con su dedicación al deporte, habiendo sido uno de los pioneros de la medicina deportiva.

La Medicina Mexicana, pierde con él uno de sus más connotados exponentes.

Actas de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

Acta de la Sesión Ordinaria de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología celebrada el día 5 de julio de 1977

Se llevó a cabo la sesión a las 21:00 hrs. con la presencia de 80 personas.

El Dr. Mariano Hernández da lectura a la Orden del Día y como primer punto se lee el acta de la Sesión anterior aprobándose por unanimidad.

Como segundo punto de la Orden del Día el Dr. Juan Muñoz, presenta a los doctores Daniel Renato Berrón y Rubén Hernández Sánchez, los cuales presentarán el trabajo sobre el "MANEJO DEL RINOSCLEROMA". Agradece a la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología la invitación que se le ha hecho al Hospital Central Militar y hace la introducción al trabajo relatando los aspectos históricos de la enfermedad.

El Dr. Hernández Sánchez expone la sintomatología en las diferentes etapas clínicas de la enfermedad y los aspectos anatomopatológicos para hacer el diagnóstico correcto. Presenta algunos casos clínicos con estudios Radiológicos y anatomopatológicos.

El Dr. Berrón Pérez aborda el problema desde el punto de vista inmunológico informando que se trató de hacer una prueba serológica para el diagnóstico. Marca los fundamentos para considerar un mecanismo de lesión inmunológica y presenta nueve casos clínicos de pacientes tratados, con buenos resultados siguiendo un esquema de tratamiento con citotóxicos. A todos los pacientes se les hizo el diagnóstico con biopsia de la lesión y cultivo, sus lesiones se valoraron con estudios radiológicos y endoscopia, se les practicó una valoración inmunológica general y específica, y se les trató con tetraciclina 10:20 mgs. por kg. de peso por día y el uso de inmunopresores como el imuran a dosis de 1.2 mgs. por kg. de peso y por día y tiempo de duración del tratamiento de 7 a 10 meses.

Expuso los lineamientos para el uso de drogas citotóxicas y dio por terminada su exposición.

A continuación se hicieron varios comentarios y preguntas por parte del auditorio y finalmente se despide a los ponentes con un aplauso.

Como tercer punto de la Orden del Día, asuntos varios, el Dr. Pelayo Vilar Puig, informa sobre la Organización del XXVIII Congreso que se llevará a cabo en la ciudad de Monterrey, N. L.

Se anuncia el programa de la siguiente sesión ordinaria la cual estará a cargo del Hospital General de México.

Sin otro asunto que tratar se levanta la Sesión a las 22:20 hrs.

Dr. Antonio Soda Merhy
Secretario

Acta de la Sesión Ordinaria de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología efectuada el día 2 de agosto de 1977

Se llevó a cabo la Sesión a las 21:00 horas con la presencia de 81 personas.

El Dr. Mariano Hernández Goribar da lectura a la orden del día y como primer punto se lee el acta de la Sesión anterior aprobándose por unanimidad.

Como segundo punto de la orden del día el Dr. Juan Andrade Pradillo hace la introducción del tema "TUMORES MALIGNOS DE NARIZ Y SENOS PARANASALES", y presenta a los ponentes.

El Dr. Miguel Arroyo Castelazo, expone las bases para poder llegar a elaborar un diagnóstico preciso empezando desde una historia clínica completa, hace un recordatorio anatómico de la red linfática, presenta varios casos clínicos de diferentes tumores para poder elaborar un diagnóstico diferencial y hace hincapié en la importancia del estudio radiológico para poder determinar destrucciones óseas.

La Dra. Pilar Canseco, muestra las estadísticas del Hospital General de México en este tipo de tumores, revisando biopsias de un periodo de 22 años y haciendo la observación que de cada 600 biopsias una corresponde a tumores de nariz y senos paranasales. De 108 casos, 106 correspondieron a seno maxilar, una a seno frontal y una a seno etmoidal.

Termina concluyendo que son tumores raros, que no predominan el sexo, que se presentan entre la 4a. y 5a. décadas de la vida y que el más frecuente es el C. A. epidermoide.

A continuación el Dr. Héctor Rodríguez Cuevas, aborda el tratamiento quirúrgico, considerando que debe hacerse una cirugía radical, ya que el C. A. de senos paranasales siempre es más grande de lo que uno piensa. Muestra las técnicas quirúrgicas y las prótesis que se utilizan para ocupar el sitio que se dejó libre. Hace énfasis en que el tratamiento combinado de cirugía, radiación y quimioterapia es el mejor y aun así los resultados son dudosos.

El Dr. Rodolfo Díaz Perches, habla del manejo radioterapéutico, el cual va a depender del tipo histológico de la lesión. Hace revisión panorámica de los alcances de la radioterapia en estos tumores, mostrando casos clínicos y mencionando que en los rhabdomyosarcomas ha dado buenos resultados la radioterapia, quimioterapia y cirugía.

La Dra. Raquel Gerson habla del manejo quimioterapéutico, el cual tendrá mejores resultados entre menor sea el tamaño y el estadio del tumor y en cambio la respuesta será más baja entre más tardío sea el tratamiento. Muestra las propiedades de los distintos agentes quimioterapéuticos como el Metrotexate, la Hidroxiurea, la Ciclofosfamida y la Bleomicina.

Por último el Dr. Juan Andrade Pradillo concluye que el tratamiento combinado es el más adecuado, y que la cirugía debe ser radical, menciona que los pacientes que asisten a la Unidad de Otorrinolaringología del Hospital General de México, la mayoría llegan en estadios avanzados.

Posteriormente se hicieron varias preguntas y comentarios por parte de los asistentes y se despide a los ponentes con un aplauso.

Como tercer punto de la orden del día de Asuntos Varios, el Dr. José Smoler en nombre de la Comisión de Educación Continua anuncia un curso sobre "RESPUESTAS EVOCADAS DEL SISTEMA AUDITIVO CENTRAL Y PERIFÉRICO".

Siendo las 22:30 horas y sin haber otro asunto que tratar se levanta la Sesión.

Dr. Antonio Soda Merhy
Secretario

Acta de la Sesión Ordinaria de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología celebrada el día 6 de septiembre de 1977

Se llevó a cabo la Sesión a las 21:00 hrs. con la presencia de 63 personas.

El Dr. Mariano Hernández da lectura a la Orden del Día y como primer punto se lee el acta de la Sesión anterior, la cual es aprobada por unanimidad.

Como segundo punto de la Orden del Día es presentado el trabajo sobre "TERATOMA NASAL", por los Dres. Ricardo Llama L. y Antonio Soda, en el que se hace una revisión bibliográfica de los teratomas nasofaríngeos, se presenta un caso clínico, el cual tiene como interés el de ser un teratoma localizado exclusivamente en la nariz, de gran tamaño, que se extirpó y diez meses después el paciente se encuentra sin secuelas ni evidencia de recidiva.

El Dr. Pedro Andrade Pradillo hace el comentario oficial al trabajo refiriendo que en la bibliografía que él revisó tampoco encontró un caso igual y hace la diferenciación desde el punto de vista histológico considerando que el caso presentado puede corresponder a la variedad de epignatus, insta a los autores a la publicación del trabajo y los felicita.

Como tercer punto de la Orden del Día el Dr. Ramón Ruenes Fernández, presenta su trabajo titulado SENOS PARANASALES "UN CAMPO DE BATALLA", en su introducción da las razones del título ya que para todo otorrinolaringólogo la interpretación de radiografías convencionales de senos paranasales se prestan a discusión la mayoría de las veces.

Presenta radiografías de casos clínicos de patología sinusal variada y hace énfasis en la importancia de la tomografía ya que las radiografías simples pueden enmascarar múltiples problemas que el estudio tomográfico puede aclarar.

Posterior a su presentación se hicieron varios comentarios y preguntas por parte del auditorio.

En el cuarto punto de la Orden del Día, en asuntos varios el Dr. Mariano Hernández informa de los trabajos que se han llevado a cabo para que nuevamente se pueda publicar la revista de nuestra Sociedad y anuncia que en fecha próxima saldrá el primer número de este año, invita a las personas que tengan trabajos que deseen publicar, los entreguen a los miembros de la mesa directiva para que el Consejo Editorial haga la selección de los mismos.

Se recuerda e invita a la Sesión Cena Baile que se llevará a cabo el día 3 de diciembre de 1977 en el Jockey Club de la ciudad de México.

Se anuncia el programa de la próxima sesión que por invitación estará a cargo de la Sociedad de Otorrinolaringología de Guadalajara.

Sin otro asunto que tratar se levanta la Sesión a las 22:30 horas.

Dr. Antonio Soda Merhy
Secretario

NOTAS E INFORMACIONES

El Dr. Luis Benítez nos informa que del 6 al 10 de marzo y organizado por la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, se impartirá un CURSO TEORICO PRACTICO SOBRE POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS Y SUS APLICACIONES CLINICAS.

Dicho curso contará entre su profesorado a los Dres. Halowell Davis, Robert Galambos, Arnold Starr y Josef Eggermont entre los extranjeros especialmente invitados, además de los profesores nacionales.

El coordinador del curso es el propio Dr. Benítez, a quien pueden dirigirse las solicitudes de participación e información al Apartado Postal 73-032, México 13, D. F., o bien al teléfono 761-06-07.

En la Unidad de Otorrinolaringología del Hospital General de México, S.S.A., se impartió un curso sobre "Cirugía de Oído y Disección del Hueso Temporal", del 5 al 11 de febrero del presente año, dirigido por el doctor Juan Andrade Pradillo, profesor titular y coordinado por el doctor Miguel Angel Arroyo Castelazo.

El cuerpo de profesores e instructores lo integraron los doctores Jorge Barrera Iglesias, Pedro Berruecos, Andrés Bustamante B., Fernando Couto, Ney Chavolla Contreras, Edgar Chiossone, Kurt Ellinhaus, Mariano Hernández Goríbar, Rubén Mingram, Eduardo Montes de Oca y Pelayo Vilar Puig.

Se desarrolló el siguiente programa:

Lunes 6. Ceremonia inaugural. Otosclerosis. Estapedectomías; doc-

tores Miguel A. Arroyo Castelazo y Jorge Barrera Iglesias. Estapedectomía. Demostraciones quirúrgicas por TV a colores en circuito cerrado. Fisiopatología del oído, doctor Pelayo Vilar Puig. Prácticas de disección del hueso temporal.

Martes 7. Radiología del oído medio e interno; doctor Fernando Couto. Miringoplastia y timpanoplastia. Presentación de casos y demostraciones quirúrgicas por TV a colores, Otitis serosa, iontoforesis, doctores Juan Andrade y Kurt Ellinhaus. Prácticas de disección de hueso temporal.

Miércoles 8. Cirugía de oído infectado crónico; doctor Mariano Hernández Goríbar. Timpanoplastia con mastoidectomía; Presentación de casos y demostraciones quirúrgicas por TV a colores. Pruebas audiométricas e impedanciometría; doctor Pedro Berruecos B. Prácticas de disección del hueso temporal.

Jueves 9. Evaluación otoneurológica, doctor Andrés Bustamante. Mastoidectomía. Presentación de casos clínicos y demostraciones quirúrgicas por TV a colores. El enfermo con vértigo; doctor Andrés Bustamante B. Prácticas de disección del hueso temporal.

Viernes 10. Obtención y uso de injertos; doctor Edgar Chiossone L. Prácticas de disección del hueso temporal.

Agradecemos al Dr. Lee Kim, miembro de nuestra Sociedad, la ayuda económica desinteresada, que en forma de importante donativo, ha hecho a los Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

Hemos recibido la siguiente carta que publicamos a continuación:

México, D. F., diciembre 7 de 1977
Sr. Dr. Pelayo Vilar
Director-Editor de los Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología
Durango No. 49, 8o. piso
México 7, D. F.

Estimado Dr. Vilar:

Suplico a usted de la manera más atenta, si le es posible, publicar la siguiente NOTA ACLARATORIA en la Revista que tan eficiente y dignamente usted dirige.

En el trabajo publicado en la sección de casos clínicos de la Revista Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, página 19, Volumen XXIII, Número 1, de noviembre de 1977, intitulado: "LESION COCLEOVESTIBULAR YATROGENICA" fue enviado por el suscrito para su publicación con un ERROR en el orden que deben aparecer los autores. Ya que la DRA. LETICIA TIJERINA DE SANCHEZ tiene que figurar como PRIMER AUTOR y por lo tanto gozar de TODOS LOS CREDITOS QUE ELLO IMPLICA.

Agradeciendo de antemano la atención prestada a ésta, queda de usted.

Su Atto. y S. S.

Dr. Antonio Rodríguez Alcaraz

c.c. Dra. Leticia Tijerina de Sánchez.
c.c. Dr. Mariano Hernández Goríbar, Presidente de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

ARTICULOS QUE APARECERAN EN EL PROXIMO NUMERO

La Otorrinolaringología en el contexto de la medicina de nuestro tiempo.

DR. Pelayo Vilar.

Otorreas congénitas de líquido cefalorraquídeo.

DR. ANDRES BUSTAMANTE BALCARCEL.

Alteraciones sensorineurales en las otitis medias supuradas crónicas.

DR. ROOSVELT GOMEZ FLORES.

Miasis rinosinusal.

DR. JOSE LUIS RAMIREZ MELGAREJO Y COLS.

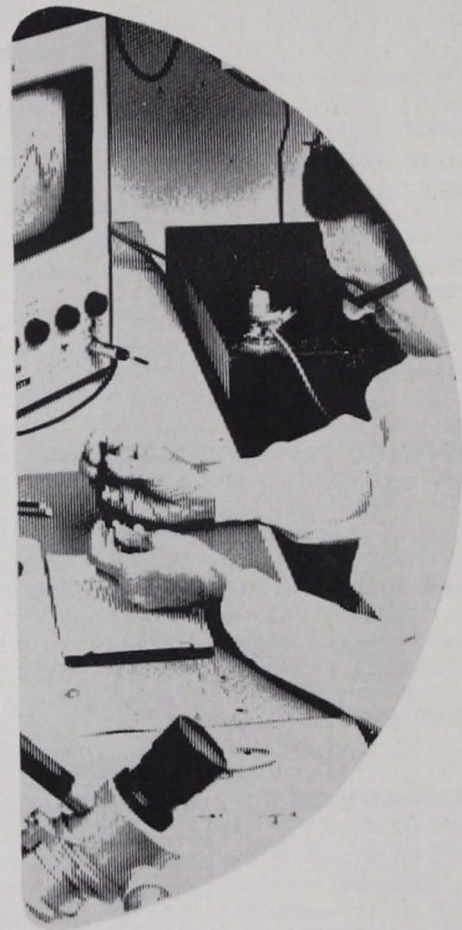
Teratoma nasal. Presentación de un caso.

DR. RICARDO LLAMA LINDSAY Y COLS.

DIRECTORIO DE ANUNCIANTES

NEGOCIACION	PRODUCTO ANUNCIADO	Pág.
<i>BENCOR, S. A.</i>	AUDIFLUOR BENCOR Grageas RINADEX Corticoide y antibiótico. RINADEX COMPUESTO Corticoide, antibiótico y vasoconstrictor	52
<i>BURROUGHS WELLCOME DE MEXICO, S.A. DE C.V.</i>	ACTIFED Tabletas - Jarabe.	
<i>CENTRO RADIOLOGICO ESPECIALIZADO.</i>	RADIOLOGIA De cabeza y cuello.	54
<i>ESTABLECIMIENTOS "DYL", S.A.</i>	INSTRUMENTOS LARINGEOS Endoscopia en General.	53
<i>INSTITUTO ALEMAN DE SORDERA, S. A.</i>	AUDIOMETROS E IMPEDANCIOMETROS, ELECTRONISTAMOGRAFOS. SILLAS DE TORSION IRRIGADORES CALORICOS CAMARAS SONOAMORTIGUADAS AUDIFONOS PARA SORDERA ENTRENADORES AUDITIVOS, INDIVIDUALES Y COLECTIVOS.	23
<i>KUME ENTERPRISES, S. A.</i>	INSTRUMENTAL MEDICOS. APARATOS MEDICOS.	24
<i>LABORATORIOS BIOMEDICOS, S. A. DE C. V.</i>	ANALISIS CLINICOS. BANCO DE SANGRE. ANATOMIA PATOLOGICA. MEDICINA NUCLEAR.	51
<i>MERCK SHARP & DOHME-MEXICO.</i>	DECADRON NASAL. Solución.	26
<i>VIENNATONE, S.A. DE C. V.</i>	SERVICIO DE REPARACION. Audífonos para sordera y sus accesorios. Manos Electrónicas. Audiómetros. Equipo Electrónico.	50

Si
USTED ESTA INTERESADO
EN UN
RAPIDO Y EFICIENTE
SERVICIO DE REPARACION



viennatone[®]

FONOS PARA SORDERA Y SUS ACCESORIOS - MANOS ELECTRONICAS - AUDIOMETROS - EQUIPO ELECTRONICO

s. a. de c. v.

PUEBLA 182 - 311 MEXICO 7, D.F.

TELEFONO 511-50-63