

DIRECTORIO

ANALES DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA

Director-Editor

Dr. Pelai Vilar

Gerente General

LIC. JOAQUÍN BOHIGAS

Consejo de Redacción

DR. RAFAEL ANDRADE-GALLEGOS

DR. LUIS BENÍTEZ

DR. JORGE CORVERA

DR. ANDRÉS DELGADO

DR. RAFAEL GARCÍA PALMER

DR. MARIANO HERNÁNDEZ GORIBAR

DR. PELAYO VILAR-PUIG

Registro de Autor,
No. 238-78.Abreviatura para citas bibliográficas
en trámite
en el Quarterly Cumulative
Index Medicus
Washington, D.C.Eugenia 13-403, Col. Nápoles
Tel. 543-93-63SOCIEDAD MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA

Presidente

DR. PELAYO VILAR-PUIG

Vicepresidente

DR. JOSÉ SMOLER BERKOWSKY

Secretario

DR. GUILLERMO QUIROZ

Tesorero

DR. FERNANDO ROMERO

Eugenia 13-403, Col. Nápoles
Tel. 543-93-63
México 18, D.F.

Impreso en México por:

Intersistemas, S.A. de C.V.

Fernando Alencastre No. 110

Lomas de Virreyes, México 10, D.F.

Tels. 520 20 73 y 540 07 98

PAGINA DEL DIRECTOR

En este año de 1979, se cumplen 125 de aquél en que un profesor español de canto, paseando por los jardines del Palais Royal en un atardecer parisino, concibió el laringoscopio, al observar los reflejos del sol muriente en las ventanas del famoso edificio.

Manuel García, el paseante, no era como se podría imaginar, un cantante, un sencillo u orgulloso maestro de canto; era un verdadero científico preocupado por los mecanismos y la fisiología de la voz.

Vale la pena que "escuchemos" sus propias palabras, publicadas en la sección de laringología de las memorias del Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Londres en 1881, con las que comunicaba al mundo médico su descubrimiento y que traducimos del inglés, idioma en que fueron pronunciadas.

"Preocupado con el obsesionante deseo, tan a menudo reprimido por irrealizable, súbitamente me imaginé los dos espejos del laringoscopio¹ en sus posiciones respectivas, como si realmente los estuviese viendo delante de mis ojos. Me dirigí rápidamente al establecimiento de Carrière —el fabricante de instrumental quirúrgico— y le pregunté si tenía un espejo pequeño provisto de mango largo, y me informó que tenía un espejo dental que le había quedado sin vender, desde la Exposición de Londres en 1851. Lo compré por seis francos; me compré también un espejo de mano y regresé a casa al instante, impaciente por emprender mis experimentos. Coloqué contra la úvula el espejo dental (al que previamente había calentado y secado cuidadosamente) y luego reflejé, con el espejo de mano un rayo de luz sobre el espejito dental y al instante ví con inmensa alegría, la glotis, amplia, abierta ante mis ojos y con una exposición tan completa que podía ver una parte de mi tráqueo. Cuando mi emoción cedió un poco, empecé a examinar lo que sucedía ante mis ojos; la manera como silenciosamente se abría y se cerraba la glotis, cómo se movía en el acto de la fonación, todo lo cual me resultaba maravilloso".

¹ García vio su propia laringe colocando un espejo en la úvula y otro enfrente de sus ojos.

El descubrimiento de García, no fue algo casual. García era un científico, estudioso y serio, como lo atestiguan sus publicaciones "Memoire sur la voix humaine" leída en el Institut Français en 1840 y sus "Observations on the Human Voice", leída en la Royal Society de Londres en 1855, entre otras.

Como a tantos otros descubridores, a García le fue denegada la paternidad de su descubrimiento, que se atribuyó un inglés, Avery; pero fue precisamente otro inglés, Gordon Holmes, quien contradijo a Avery, porqué en caso de que hubiera descubierto el laringoscopio antes que García "no publicó su descubrimiento" y añadió que nada se conocía de laringoscopia en el Mundo médico, hasta la publicación de García (1854).

En 1857, el Profesor Ludwig Türk, de Viena (Austria), empezó a usar en clínica el laringoscopio, y pese a que él quiso apropiarse el descubrimiento, es evidente que se contradice cuando en su trabajo de ORL publicado en 1866 escribe: "Medio en forma occidental, sin conocer lo que habían hecho mis predecesores, tuve la idea de usar un pequeño espejo para investigar las enfermedades de la laringe. Al principio, cuando estaba mostrando al Profesor Czemark las estructuras internas de la laringe de un paciente, me enteré de las investigaciones de García".

No son precisamente los españoles los que han defendido la prioridad de su compatriota, sino los británicos Stevenson y Gutrhie —de quienes hemos tomado muchos de estos datos— quienes afirman que las publicaciones de García ya eran conocidas por Türk, antes de que empezase a usar el espejo laringeo.

Posteriormente, el Prof. Czemark de Budapest (Hungria, la patria de Barany y de Békesy) fue el que perfeccionó la técnica de la laringoscopia y fue él, quien en 1858, ante la Academia de Ciencias de Viena, leyó una comunicación sobre laringoscopia, en la que negó la prioridad de Türk y afirmó la de García, con lo que podríamos creer que la cuestión de la prioridad quedaba zanjada definitivamente.

En contra de lo anterior, quiero terminar con la anécdota siguiente: Hace años, hablando con nuestro gran Maestro el Dr. Leo Deustch, me quedé asombrado, cuando al comentar de lo que yo creía que eran tópicos de todos conocidos, me dí cuenta de que pese a lo que acabamos de relatar y de ser el un connatado miembro de la famosa escuela vienesa, no tenían la menor duda de que Türk había sido el descubridor del laringoscopio e ignoraba quien era García.

Jelai Vilas

Movimientos oculares durante la lectura

(estudio comparativo entre sujetos normales y enfermos con lesiones del sistema nervioso central)

Dr. Ramón ROMERO*
Dr. Bruno ESTAÑOL**
Dra. Patricia GARCÍA***

Summary.—The ocular movements that occur during a simple reading task, were recorded, measured and analyzed. Patients with either cerebellar, brain stem, VIII cranial nerve, occipital lobe, temporal lobe or frontal lobe pathology were examined, and we tried to determine the origin, the regulatory mechanisms and the pathways involved in the sequential saccadic movements (SSM) during reading.

We concluded that SSM, are specific for reading, they originate and are preprogramed in the frontal lobe.

A learning effect is apparent, and no important connections with the cerebellum, seem to exist.

Use of this information in the study of dyslexic patients, may help to obtain a topographical diagnosis, prognosis and improved techniques for treatment.

INTRODUCCION

Los movimientos oculares son básicamente de dos tipos: lentos y

rápidos. Los primeros buscan que los objetos en movimiento permanezcan estables en la retina, y los segundos son compensatorios por estímulos de velocidad, ya sea del ambiente o del propio sujeto, y se desencadenan por estímulos visuales o vestibulares.^{1,2}

Existen además otros movimientos rápidos cuyo objeto es el análisis visual de los objetos, y se les conoce como movimientos sacádicos esquemáticos. Se creía que estos eran los que se utilizan durante la lectura.² Con el interés de conocer si estos movimientos se modificaban en los sujetos disléxicos, Romero y Estañol³ demostraron que los movimientos oculares durante la lectura tienen características especiales, de tal manera, que propusieron que se denominasen movimientos sacádicos secuenciales (M.S.S.).

El hecho de que las sacadas esquemáticas son normales en los disléxicos, permite afirmar que los movimientos sacádicos secuenciales son diferentes en su origen, objetivo y características de las sacadas esquemáticas.

Los movimientos sacádicos secuenciales (M.S.S.) no tienen influencia vestibular, puesto que sujetos disléxicos con alteración importante de estos movimientos oculares, conservan una función vestibular completamente normal.

Las alteraciones en los disléxicos son: prolongación del intervalo intersacádico y disimetría sacádica,

lo que permite suponer que el origen de estas alteraciones se localiza en el sistema de preprogramación (probablemente situado en los lóbulos frontales), o en el cerebelo.³

Este trabajo tiene por objeto precisar cual es el sitio en donde se localiza el problema, determinar el comportamiento de esos movimientos en pacientes con diferentes lesiones del sistema nervioso central y en los analfabetas.

MATERIAL Y METODOS

Estudiamos 11 sujetos con las siguientes lesiones del sistema nervioso central:

Dos neurinomas del acústico, 1 meduloblastoma del cerebelo, 1 infarto del lóbulo occipital con hemianopsia homónima, 1 esclerosis en placas con escotomas centrales de la retina, 1 hemiesferectomía izquierda antigua por degeneración quística, 1 infarto del lóbulo temporal con afasia sensorial, 3 infartos del lóbulo frontal con afasia motora, 1 nistagmo congénito, y además estudiamos a una persona analfabeta.

A todos ellos se les practicó: análisis de los movimientos sacádicos esquemáticos, prueba del rastreo, investigación del nistagmo optoquinético activo y pasivo. Pruebas del giro alternante con la técnica de Romero y Corvera,⁴ y por último investigación de los movimientos sacádicos secuenciales con la técnica de Romero y Estañol,³ cuyos patrones de normalidad han sido

* Médico audiólogo del Servicio de ORL del Hosp. General del Centro Médico Nacional, IMSS.

** Médico Neurólogo, Subjefe de Enseñanza del Hospital General del Centro Médico Nacional IMSS.

*** Terapeuta del Lenguaje, del Servicio de Rehabilitación, de Medicina del Trabajo del IMSS.

descritos en trabajos previos.

Para esta última prueba se utilizó como estímulo la palabra "LIBRE-TA". Se graficaron los resultados mediante un registro electro-oculográfico, con electrodos bitempo-

rales y una constante de tiempo de DC.

A todos ellos se les sometió a un examen de lectura que consistió en determinar el tiempo de lectura para una serie de oraciones, que

contenían 24 palabras cada una. Se analizó el ritmo de la lectura y la comprensión de la misma, calificando los resultados como buenos, regulares o malos. Se determinó si los sujetos, para poder leer las ora-

TABLA I
FUNCION VISUO-VESTIBULO-OCULOMOTORA

| Paciente | Edad | Sexo | Padecimiento | Nistagmo espontáneo | Rastreo | N. Optoquinético Activo | N. Optoquinético Pasivo | Giro EOV | alternante IOEV | EV | Sacadas Esquemáticas |
|----------|------|------|-------------------------------|---------------------|---------|-------------------------|-------------------------|----------|-----------------|-----------|----------------------|
| 1 | 35 | M | Neurinoma VIII Izq. | Re. | At. | At. | Dep. | Des. | — | Dep. Izq. | N |
| 2 | 11 | M | Neurinoma VIII Der. | Re. | At. | At. | At. | | + | At. | He — Ho. |
| 3 | 20 | F | Meduloblastoma del cerebelo | Re. | At. | At. | At. | At. | + | At. | Ho |
| 4 | 27 | F | Infarto lóbulo occipital Izq. | No. | N | N | N | N | N | Dep. | No. |
| 5 | 41 | F | Esclerosis en placas | Re | Ab | MRA | Dep. | Dep. | + | Exa | Ho |
| 6 | 24 | M | Hemiesferectomía Izq. | 1°D | At. | At. | Ab. | Dep. | + | Dep. | He. — Ho. |
| 7 | 35 | F | Afasia sensorial Izq. | No | At. | At. | Des. | Des. | + | Dep. | Ho |
| 8 | 22 | F | Afasia motora Izq. | No | MRA | MRA | Dep. | Dep. | + | Dep. | N |
| 9 | 55 | F | Afasia motora Izq. | No | At. | At. | Dep. | Dep. | — | Dep. | Ho. |
| 10 | 24 | F | Afasia motora Izq. | No | At. | At. | Dep. | Ab. | + | Ab. | He. |
| 11 | 41 | M | Nistagmo congénito | Mo | MRA | MRA | Dep. | Dep. | + | Dep. | No |
| 12 | 43 | F | Analfabeta | No | N | N | N | N | N | N | N |

N = Normal
Re = Reojo
D = Derecha

MRA = Movimientos rápidos agregados
At. = Atáxico
Ab. = Abolido

Dep. = Deprimido
Des. = Desorganizado
Exa. = Exagerado

He. = Hipermetría
Ho. = Hipometría
Mo. = Movimiento oscilatorio.

ciones, adoptaban posiciones especiales de la cabeza o del cuerpo, como por ejemplo: desviar la cabeza al leer, mover la cabeza para leer, etc. Se tomó en cuenta su agudeza visual y si estaba alterada se la corrigió con los lentes adecuados. Se analizaron las alteraciones (errores, omisiones, sustituciones) cometidas en la lectura y se dividieron en: leves (si los errores eran poco importantes, como omisiones ocasionales de letras) o graves si los errores eran de palabras o frases completas. Además se tomaron en cuenta las alteraciones del lenguaje cuando se encontraron. Al analfabeta obviamente no se le practicó esta prueba.

Con el objeto de establecer un patrón de normalidad para esta serie de oraciones se realizó el mismo análisis en 10 sujetos normales (5 masculinos y 5 femeninos) con edades comprendidas entre los 18 y los 32 años que no presentasen alteraciones en la lectura o escritura.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

De los 11 sujetos estudiados (Tabla I), seis tenían alteraciones en el tono vestibular manifestadas por nistagmo de reojo, de primer grado a la derecha o movimientos oscilatorios de los ojos; siete tenían alterada la capacidad de metría ocular en la prueba de las sacadas esquemáticas; de ellos uno tenía hipermetría, cuatro hipometría y dos la combinación de ambas. De los 11 sujetos 10 tenían alteración en el mecanismo de deriva ocular (movimientos lentos de los ojos por estímulo óptico); esos mismos tenían alteraciones de las vías vestibulo-oculomotoras y/o vestibulo-cerebelosas.

Al analizar los movimientos sacádicos secuenciales (Tabla II) encontramos que en ocho de ellos la duración total del barrido para la palabra "LIBRETA" estaba incrementada desde 0.8" a 7.08"³ en relación con la normalidad (1.02" ± 0.12") Los tres sujetos que estu-

TABLA II
MOVIMIENTOS SACÁDICOS SECUENCIALES

| Pacientes | Duración segundos | Amplitud | Metría | Intervalo intersacádico (milisegundos) | Número de sacadas |
|------------------------------|-------------------|----------|---------|--|-------------------|
| 1 | 1 | 45° | B | 100 | 5 |
| 2 | 2 | 60° | B | 660 | 6 |
| 3 | 1 | 40° | B | 150 | 4 |
| 4 | 1.5 | 50° | B | 100 - 400 | 6 |
| 5 | 2 | 46° | B | 300 - 400 | 6 |
| 6 | 3.5 | 50° | B | 250 - 700 | 3 - 4 |
| 7 | 2.8 | 40° | B | 300 - 900 | 6 |
| 8 | 2 | 40° | He. | 300 - 600 | 6 |
| 9 | 7 | 50° | Ho. | 300 - 700 | 122 |
| 10 | 8.4 | 40° | He. Ho. | 400 - 900 | Var. |
| 11 | 0.9 | 56° | B | 100 | 4 |
| Analfabeta (varios intentos) | 2.5 | 80° | He. Ho. | 400 - 700 | 7 |

B = Buena He. = Hipermetría Ho. = Hipometría Var. = Variable

vieron en los límites de la normalidad fueron: uno de los neurinomas del acústico, el meduloblastoma del cerebelo y el nistagmo congénito.

En cuanto a la amplitud del desplazamiento, ocular todos demostraron una menor amplitud en relación con la normalidad (59.9° ± 2.58°),³ solo en dos de ellos se hallaba en los límites normales y correspondieron a un neurinoma del acústico y al nistagmo congénito.

La capacidad de metría ocular fue buena en ocho sujetos y se encontró alterada en todos los pacientes con afasia motora.

El intervalo intersacádico tiene una duración normal de 50 a 100 mseg.³ Solo en un neurinoma del acústico y en el nistagmo congénito era normal, en todos los demás estaba prolongado.

Normalmente (80%) se utilizan Seis M.S.S. para leer la palabra "LIBRETA". En nuestros enfermos todos estuvieron en la normalidad, excepto dos con afasia motora, quienes utilizaron un mayor número de movimientos.

El tiempo promedio normal de lectura para la serie de oraciones escogidas, fue de 6.85" con una desviación estándar de ± 0.35". En todos los sujetos normales la agudeza visual, el ritmo y comprensión de la lectura fueron buenos.

Ninguno tuvo alteraciones del lenguaje o de la lectura y no utilizaron posiciones anómalas de la cabeza.

En tanto que en los enfermos se encontró (Tabla III): alargamiento del tiempo de lectura de unos cuantos segundos a varios minutos, el paciente con nistagmus congénito estuvo muy cerca de la normalidad. Las alteraciones en el ritmo las encontramos en el meduloblastoma del cerebelo, la hemiesferectomía izquierda y las afasias motoras.

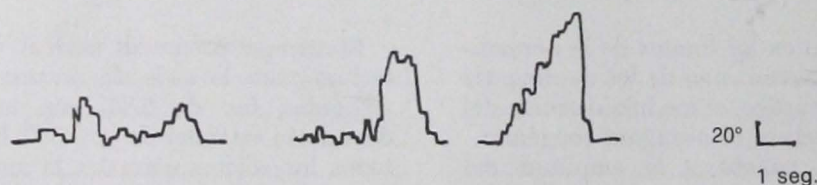
La comprensión, en general se afectó poco, hubo leves alteraciones en el infarto del lóbulo occipital y en la afasia sensorial. En los otros dos pacientes con afasia motora las alteraciones fueron graves.

Los sujetos estudiados que se auxiliaban para la lectura adoptando posiciones particulares de la cabe-

TABLE III
ANALISIS DE LECTURA DE ORACIONES

| Paciente | Tiempo | Agudeza | Ritmo | Comprensión | Posición cefálica | Alt. de lectura | Alt. de lenguaje |
|----------|------------|---------|-------|-------------|-------------------|-----------------|------------------|
| 1 | 8.3 | B | B | B | N | L | No |
| 2 | 9.1 | B | B | B | N | no | no |
| 3 | 13 | B | M | B | N | G | Disartria |
| 4 | 12.4 | B | B | R | G.C. | L | no |
| 5 | 9.2 | B | B | B | N | L | no |
| 6 | 28 | B | R | B | N | L | Disartria |
| 7 | 9 | B | B | M | N | L | Disartria |
| 8 | 4 min. | B | R | B | N | G | Disartria |
| 9 | 1 min. 45" | B | M | M | N | G | Disartria |
| 10 | 3 min. 25" | B | M | M | B.I. | G | Disartria |
| 11 | 7 min. 30" | B | B | B | N | L | No |

B = Buena M = Mala R = Regular L = Leves G. = Graves G.C. = Gira la cabeza B.I. = Barre con la cabeza



TRAZO 1. M.S.S. EN UN ANALFABETA. Se observa como mejora la capacidad de ejecución. El primer registro es el inicial; realiza movimientos desorganizados de los ojos; el segundo, en una fase intermedia, organiza mejor los movimientos, y en el tercero los M.S.S. son muy parecidos a los normales.

za, fueron la hemianopsia homónima izquierda que giró la cabeza a la izquierda y una de las afasias motoras cuyos M.S.S. estaban muy desorganizados y hacía el barrido de la lectura con la cabeza.

Las alteraciones de la lectura fueron leves en seis sujetos. En uno hubo alteraciones ligeras y en cuatro fueron graves; estas correspondieron a los sujetos con el meduloblastoma del cerebelo y a los tres con afasia motora.

Las alteraciones del lenguaje fueron: disartria en seis casos, que corresponden a: el meduloblastoma del cerebelo, la hemiesferectomía izquierda, y a todos los enfermos

con afasia sensorial y motora. Los demás no tuvieron alteraciones.

Por último el analfabeta demostró: normalidad en las pruebas de sacadas de búsqueda, rastreo, nistagmo optoquinético activo y pasivo, y en las pruebas de giro alternante. Espontáneamente no pudo disparar los M.S.S., pero si se le orienta a que siga las letras con sus ojos al mismo tiempo que se le van señalando una por una, cada vez a mayor velocidad (Trazo 1), es capaz de realizar M.S.S. que mejoran en sus características con el aprendizaje. La duración del movimiento ocular fue de 2.5" y la amplitud de 80°, hay ocasionalmen-

te disimetría (hiper o hipométrica), el intervalo intersacádico es de 400 a 600 miliseg., y el número de sacadas fue de siete.

COMENTARIO

El hecho de que ante alteraciones del sistema de sacadas de búsqueda, hayamos encontrado poca o ninguna alteración de las sacadas esquemáticas, hace pensar que se trata de dos mecanismos diferentes, que se originan en el lóbulo frontal y el hecho de que en los afásicos motores son los que presentan las principales alteraciones, constituye en sí mismo la demostración de lo que afirmamos.

El tiempo de latencia entre una sacada de búsqueda y la siguiente es de 200 a 400 miliseg.,⁵ el hecho de que durante la lectura se disminuya a 50 ó 100 miliseg., nos indica que es un movimiento preprogramado. El analfabeta al no haber aprendido a realizar esos movimientos tiene que calcular cada uno por separado, razón por la cual encontramos esa latencia intersacádica. Pero estos movimientos requieren, una vez que han sido aprendidos, de un mecanismo de

disparo (Trazo 2). Los enfermos con afasia motora mostraron gran dificultad para iniciar y ejecutar el movimiento, y el analfabeta no lo pudo iniciar.

Podemos afirmar que existe un aprendizaje para disparar y ejecutar esos movimientos, porque el analfabeta mejoró con la experiencia las características de los M.S.S. que se desencadenaron al mismo tiempo con mayor facilidad al aprender a ejecutarlos.

Los movimientos sacádicos de búsqueda tienen una regulación cerebelosa en cuanto a su disparo y terminación, de tal manera que se le denominó "reloj sacádico cerebeloso".⁶ Sin embargo el hecho de que ante alteraciones importantes de las sacadas de búsqueda (Trazo 3) y la normalidad de los M.S.S. en el sujeto con meduloblastoma del cerebelo, hace pensar que la vía de estos movimientos sea prácticamente directa entre el lóbulo frontal y los núcleos oculomotores.

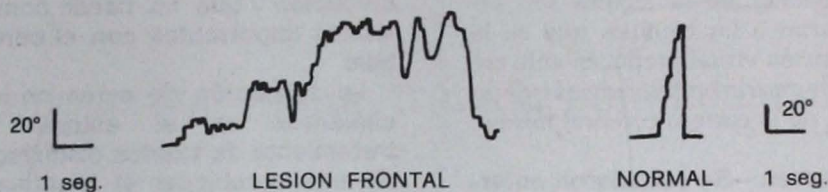
La prolongación del intervalo intersacádico en las lesiones que afectan al tallo cerebral, se explica por la compresión o lesión de esta vía, que se traducirá en el alargamiento del tiempo de lectura.

La participación del lóbulo occipital en el comando de estos movimientos es prácticamente nula, puesto que tanto nuestras observaciones, como las de Rashbass⁷ hacen pensar que son mecanismos sinérgicos pero independientes.

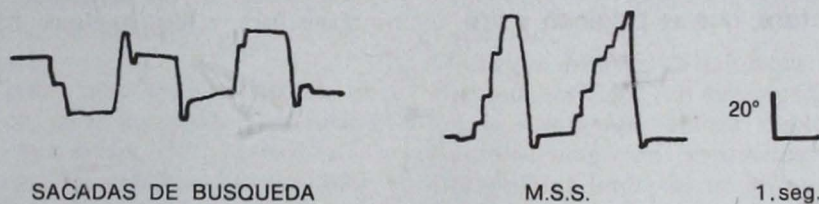
Llama la atención que sólo en los enfermos afásicos (Trazo 4), se modifiquen con dismetría los M.S.S. y en el resto no, lo que nos permite suponer, que es en el lóbulo frontal donde se localiza el sistema de preprogramación de los M.S.S.

Los M.S.S. se incrementan en número porque es necesario utilizar mayor número de sacadas correctoras debido a la dismetría.

La prolongación del tiempo de lectura de oraciones, se explica por dos factores: el primero por la prolongación del intervalo inter-

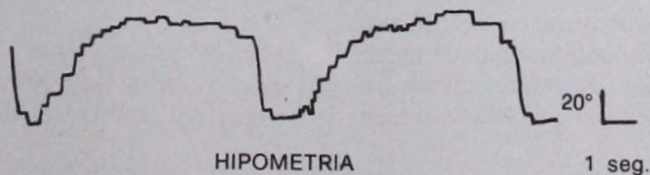


TRAZO 2: M.S.S. EN UNA LESION FRONTAL. Las lesiones del lóbulo frontal afectan al mecanismo de disparo y preprogramación de los M.S.S. Se compara un trazado en una lesión frontal con uno normal.



TRAZO 3: M.S.S. EN LESION CEREBELOSA. Los M.S.S. no se afectan con las del cerebelo. Se ilustra como con sacadas de búsqueda hiper o hipométricas, los M.S.S. son normales.

LESION DEL LOBULO FRONTAL



TRAZO 4: Las lesiones del lóbulo frontal originan hipo o hipermetría en los M.S.S.

sacádico y el segundo por las alteraciones de la articulación. Las alteraciones de la lectura son secundarias a los cambios que en la percepción visual producen ante ese tipo de movimientos, además de la lesión de la corteza cerebral misma.

Resumen.—Se estudiaron enfermos con lesiones cerebelosas, del tallo cerebral, del VIII par craneal, del lóbulo occipital, temporal y frontal, con el objeto de determinar el origen, los mecanismos de regulación y las vías de los movimientos sacádicos secuenciales durante la lectura.

Se llegó a la conclusión de que los M.S.S. son específicos para la lectura, que se originan y pre-

programan en el lóbulo frontal, que el aprendizaje facilita su ejecución y que no tienen conexiones importantes con el cerebelo.

La aplicación de estos conocimientos en el estudio y tratamiento de sujetos disléxicos permite establecer el topodiagnóstico, el pronóstico y mejorar las técnicas de tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. *Aschoff J.C. y Cohen B.*: Changes in saccadic eye movements produced by cerebellar cortical lesions. *Exp. Neurol.* 32: 123-33. 1971.
2. *Fuchs, A.*: The Saccadic system, in the control of eye movements. Ed. Paul. Bach y Rita. Academic Press.

3. *Romero, R. y Estañol, B.*: Sequential saccadic eye movements during the act of reading. *Arch. Neurol.* In press. 1978.
4. *Romero, R. y Corvera, J.*: Respuestas oculomotoras reflejas ante estímulos rotatorios alternantes. Análisis cuantitativo. *An. Soc. Mex. ORL.* 23: 2-9. 1977.
5. *Hyde, J.*: Some characteristics of voluntary human ocular movements in the horizontal plane. *Am. J. Ophthal.* 48: 85-94. 1959.
6. *Kornhuber, H.H.*: Motor functions of cerebellum and basal ganglia. *Kybernetik.* 8: 157-62, 1971.
7. *Rashbass, C.*: The relationship between saccadic and smooth tracking eye movements. *J. Physiol (Lond.)* 159: 326-338. 1961.
8. *Holmes, G.*: The cerebral integration of the ocular movements. *Brit. Med. J.* 2: 107-112. 1938.

Hipoacusia s3bita tratada con heparina

Dra. Leticia TIJERINA DE S3NCHEZ^o
 Dr. Ernesto REYNOSO-Z3NIGA^{oo}
 Dr. Mariano HERN3NDEZ-CORIBAR^{ooo}
 Dr. Rub3n CHAPA-CASILLAS^{oooo}

Authors Summary.— Nine cases are reported in which sudden deafness occurred, and all nine were treated exclusively with intraveonus Heparin solved in saline solute.

In four cases, there was an excellent recovery of the auditory function; in two other cases the results were acceptable, in other two, the recovery was minimal and in one case there was no mesurable change.

In seven of the nine cases, the tinnitus disappeared during treatment and in the other two, it diminished much later.

No bleeding was observed in any patient during the treatment with Heparin. The Authors believe that this treatment its very useful, and recommend it.

INTRODUCCION

La p3rdida auditiva de aparici3n repentina ha merecido cada vez mayor atenci3n dentro de nuestra especialidad ya que su pre-

sencia es relativamente frecuente. Fowler¹ considera que esta forma s3bita viene a ocupar un lugar preponderante en relaci3n con las que se instalan de manera progresiva.

Existe una gran variedad de causas, entre las que se encuentran las infecciosas,^{2, 3, 4} vasculares,^{5, 6} t3xicas,⁷ neopl3sicas,^{8, 9} traum3ticas,^{10, 11} postquir3rgicas,^{12, 13} obst3tricas,¹⁴ degenerativas,¹⁵ al3rgicas,¹⁶ psic3genas,¹ idiop3ticas¹⁷ y otras m3s.

Jaffe refiere que se han mencionado m3s de 200 causas,¹⁸ influyendo algunos factores predisponentes como son los cambios de presi3n atmosf3rica, alcoholismo, stress emocional, esfuerzos f3sicos, uso de drogas anticonceptivas, stress quir3rgico, anestesia general, etc.

La mayor parte de los autores han considerado que las afecciones vasculares de la c3clea desempe-

ñan el papel principal en este tipo de hipoacusia, ya que en algunos casos aunque la etiolog3a est3 establecida, la patogenia suele ser vascular.

Seg3n Fowler, la etiolog3a ser3a en muchos casos, un stress ps3quico y la patogenia, anoxia debida a aglomeraci3n de eritrocitos que originar3an embolias en las arterias terminales de la c3clea. Fowler ha podido demostrar experimentalmente la presencia de gl3bulos blancos aglutinados, debido a una reacci3n al3rgica o a un pequeñito traumatismo.¹ En el caso de infecci3n viral, adem3s de la inflamaci3n de las c3lulas nerviosas, pueden existir tambi3n trastornos vasculares.

El tratamiento de la hipoacusia s3bita es muy variado. Se han sugerido diversos esquemas que consisten fundamentalmente en: reposo, antihistam3nicos, vasodilatadores, ansiol3ticos, corticoides, vita-

HIPOACUSIA SUBITA TRATADA CON HEPARINA

| Caso | Nombre | Sexo | Edad |
|------|----------|------|------|
| 1 | E.G.A. | M | 27 |
| 2 | E.R.M.R. | F | 43 |
| 3 | R.L.D. | M | 28 |
| 4 | B.G.G. | F | 30 |
| 5 | R.Q.M.E. | F | 32 |
| 6 | I.A.B. | F | 38 |
| 7 | S.M.A. | M | 55 |
| 8 | M.E.A. | M | 33 |
| 9 | G.B.M. | M | 40 |

Fig. 1 Edad y Sexo de los pacientes Tratados

^o M3dica audiol3gica del Servicio de ORL del Hospital General del Centro M3dico "La Raza", del IMSS.
^{oo} M3dico hemat3logo del Hospital General del Centro M3dico "La Raza" del IMSS.
^{ooo} Jefe del Servicio de ORL del Centro M3dico "La Raza" del IMSS.
^{oooo} Ex-Residente del Servicio de ORL del Centro M3dico "La Raza" del IMSS.

| HIPOACUSIA SUBITA TRATADA CON HEPARINA | | | |
|--|---------|----------------------------|--------------------------|
| CASO | ACUFENO | SINTOMATOLOGIA VERTIGINOSA | HIPOACUSIA CONTRALATERAL |
| 1 | AGUDO | SUBJETIVO FUGAZ | T C E |
| 2 | AGUDO | OBJETIVO DISCRETO | SUBITA |
| 3 | AGUDO | SUBJETIVO FUGAZ | SUBITA |
| 4 | GRAVE | _____ | _____ |
| 5 | GRAVE | OBJETIVO INTENSO | _____ |
| 6 | GRAVE | OBJETIVO INTENSO | _____ |
| 7 | GRAVE | OBJETIVO INTENSO | _____ |
| 8 | GRAVE | _____ | _____ |
| 9 | AGUDO | OBJETIVO INTENSO | SUBITA |

Fig. 2 Sintomatología

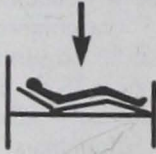
| HIPOACUSIA SUBITA TRATADA CON HEPARINA | | | | |
|--|----------|-------------------|--|-------------------|
| CASO | PESO | DOSIS DE HEPARINA | VIA Y SISTEMA DE ADMON. | Evol. previa Días |
| 1 | 67 Kg. | 300 UI/Kg. |  | 13 |
| 2 | 54 Kg. | 300 UI/Kg. | | 7 |
| 3 | 52 Kg. | 380 UI/Kg. | | 5 |
| 4 | 55 Kg. | 300 UI/Kg. | | 8 |
| 5 | 47.5 Kg. | 340 UI/Kg. | | 13 |
| 6 | 56 Kg. | 315 UI/Kg. | | 5 |
| 7 | 74 Kg. | 270 UI/Kg. | | 9 |
| 8 | 53 Kg. | 300 UI/Kg. | | 8 |
| 9 | 62 Kg. | 320 UI/Kg. | | 30 |

Fig. 3 Esquema de dosificación

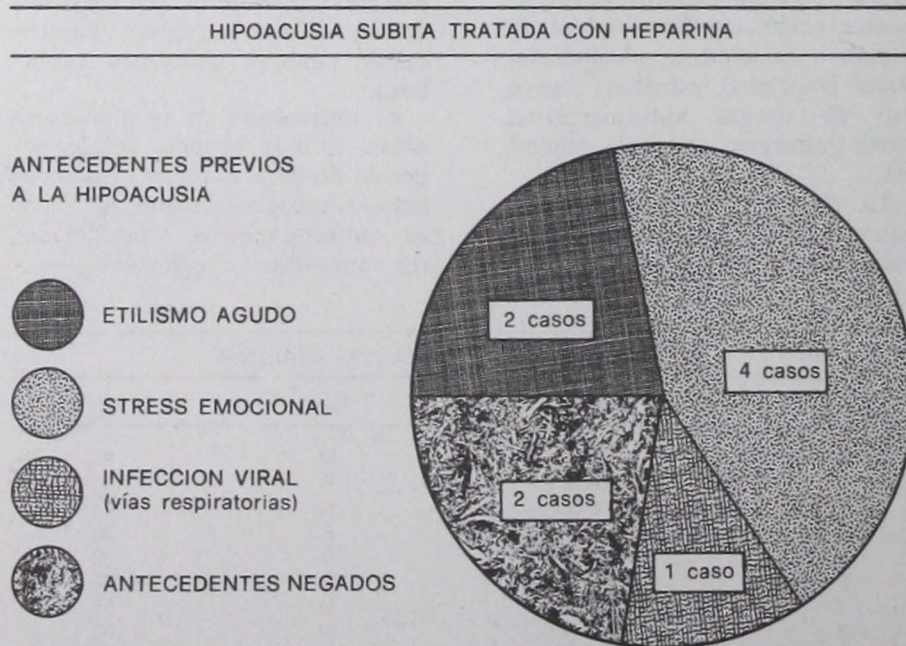


Fig. 4 Antecedentes previos a la hipoacusia

mínicos, anticoagulantes, etc.¹⁰

El objetivo del presente trabajo ha sido investigar el efecto de la heparina como único agente terapéutico, sobre la recuperación auditiva en pacientes con hipoacusia súbita.

MATERIAL Y METODOS

El material clínico está integrado por nueve pacientes estudiados en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General del Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social (Fig. 1).

Corresponden al sexo masculino cinco casos y cuatro al femenino; las edades oscilaron entre 27 y 55 años.

En todos ellos la hipoacusia, motivo de la consulta, se acompañó de acúfeno constante e intenso, de tonalidad grave en 5 y en los 4 restantes, de tono agudo (Fig. 2).

Siete pacientes manifestaron sintomatología vertiginosa que precedió, acompañó o apareció después de la hipoacusia y los otros dos no la refirieron.

Uno, manifestó vértigo objetivo discreto; en cuatro fue de tipo objetivo intenso, acompañado de náuseas y vómito y en los dos restantes se presentó de tipo subjetivo y fugaz.

Cuatro de los pacientes cursaban con hipoacusia contralateral de grado variable que apareció entre 1 y 3 años antes del padecimiento que nos ocupa. En uno, como secuela de traumatismo craneoencefálico y en los otros tres, la presentación fue también súbita.

Para valoración de la hipoacusia, se practicó estudio tonal y logoaudiometría. Se efectuaron un promedio de cuatro controles audiométricos por paciente, audiometría automática de Békésy y registro electronistagmográfico.

Antes de la administración de la heparina, se hizo investigación clínica de hemorragias anormales o de enfermedades que pudieran ocasionar

HIPOACUSIA SUBITA TRATADA CON HEPARINA

| Caso | Tono y Logoaudiometría Estudio Audiofuncional | Audiometría Automática de Bekey | Registro Pruebas | Electronistagmográfico Térmicas | Nist. Est. |
|------|--|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------|
| 1 | SENSORI-NEURAL | TIPO II | * Depresión unilateral | | 1er. grado |
| 2 | SENSORI-NEURAL | TIPO II | * Depresión unilateral | | — |
| 3 | SENSORI-NEURAL | | + Depresión bilateral | | — |
| 4 | SENSORIAL | TIPO IV | | | — |
| 5 | ANACUSIA | | — Preponderancia direccional | | 1er. grado |
| 6 | SENSORI-NEURAL | | * Depresión unilateral | | — |
| 7 | SENSORI-NEURAL | | | | — |
| 8 | SENSORI-NEURAL | TIPO IV | * Depresión unilateral | | 1er. grado |
| 9 | SENSORI-NEURAL | | | | — |

Fig. 5 Pruebas funcionales

nar sangrado por la presencia del anticoagulante en la circulación.

De acuerdo con el peso de cada paciente, se utilizó heparina en frascos ampula de 1000 U.I./ml. a dosis que oscilaron entre 270 y 380 U.I. por kilo de peso, cantidad total fraccionada cada 6 horas, en goteo continuo de 250 ml. de solución salina (Fig. 3).

Cada paciente estuvo hospitalizado durante todo el tiempo que recibió el tratamiento.

El efecto heparínico se puso de manifiesto y se reguló, mediante el tiempo de trombina (T.T.) y tiempo de tromboplastina parcial (T.T.P.). Además se efectuaron otras pruebas de laboratorio, como determinación de plaquetas y fibrinógeno, estudios que se realizaron diariamente o cada tercer día.

El tiempo de iniciación del tratamiento en relación con la aparición de la hipoacusia, varió de 5 a 30 días.

Como antecedentes de importancia previos a la presentación de la hipoacusia, se encontró en dos casos, etilismo agudo, en otro, un cuadro gripal de 8 días antes, en cuatro stress emocional importante en los dos restantes no hubo antecedentes (Fig. 4).

El estudio audiofuncional nos mostró en 7 casos hipoacusia de tipo sensorineural, en 1 hipoacusia sensorial y en el otro anacusia (Fig. 5).

La audiometría de Békésy practicada en cuatro casos, en dos correspondió al tipo II y en las otras dos al tipo IV.

El registro electronistagmográfico efectuado en los 6 pacientes que se quejaron de vértigo constante, nos mostró al estímulo térmico, depresión vestibular unilateral en cuatro, depresión vestibular bilateral en uno y en el restante, preponderancia direccional en el oído hipoacúsico. En tres casos se encontró nistagmo espontáneo.

RESULTADOS

Una vez instituido el tratamiento mencionado, la primera prueba de mejoría auditiva, tanto subjetiva como objetivamente, se obtuvo en 8 de los pacientes; del 1o. al 5o. día de iniciado el tratamiento, mejoría que se estabilizó entre el cuarto y el décimo día. En un caso, los cambios auditivos no aparecieron hasta el 11o. día, advirtiendo que el tratamiento se llevó a cabo por vía intravenosa pero en goteo

continuo y en dosis que fluctuaron entre 12,000 y 24,000 Unidades diarias.

En ocho casos la duración del tratamiento fluctuó entre cuatro y 10 días (promedio de seis días), y en aquel en el que los cambios auditivos no aparecieron hasta el 11o. día, se prolongó 27 días.

Durante el periodo de administración de la heparina no se presentaron hemorragias.

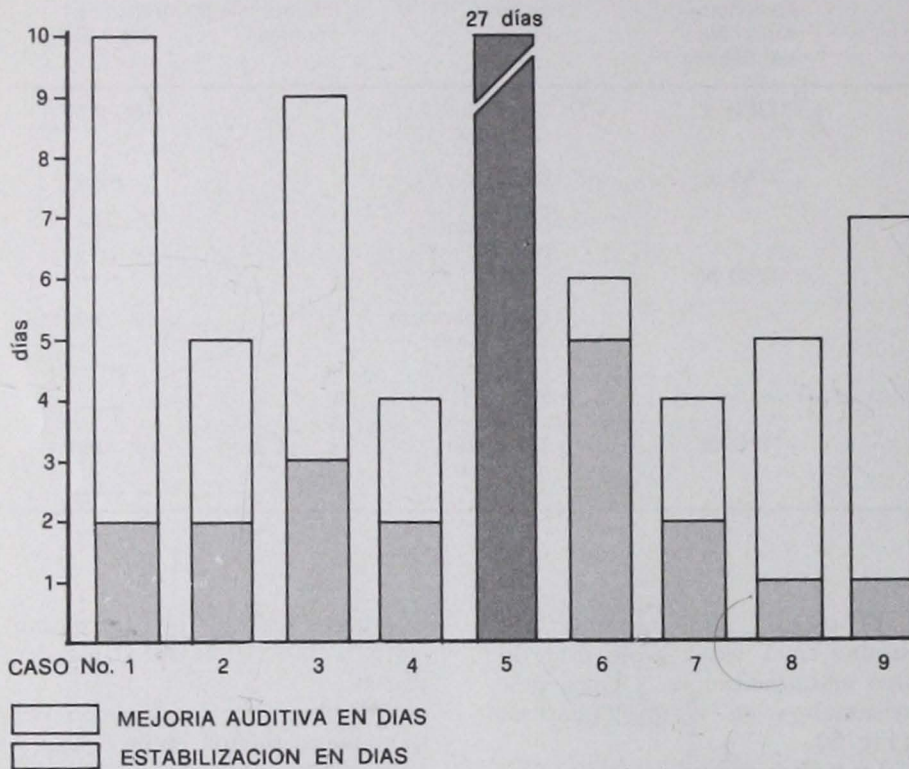
Los resultados en la función auditiva nos mostraron (Figs. de la 7 a la 9) que se consiguió excelente recuperación auditiva en cuatro casos, en dos, la ganancia fue aceptable, en otros dos fué discreta y en 1 se consideró nula.

De estos tres últimos casos, en dos el sistema de administración o la dosis fueron diferentes a las del resto y en otro, la suspensión de la heparina fue prematura, ya que solo se tomó en cuenta la apreciación inmediata del paciente, en cuanto a la mejoría auditiva.

En 7 casos el acúfeno disminuyó en forma considerable o desapareció por completo del 2o. al 6o. día de tratamiento y en los dos restantes, desapareció o disminuyó tardíamente 20 y 45 días después

El vértigo, la náusea y el vómito

FIG. 6
HIPOACUSIA SUBITA TRATADA CON HEPARINA



presentado por algunos, fue amiorándose hasta desaparecer.

COMENTARIO

Indudablemente, la forma aguda del trastorno de audición del oído interno ocurre con mayor frecuencia de lo que se conoce, porque los casos leves permanecen por lo general, sin diagnosticar y en ocasiones curan espontáneamente.

Según los informes de la mayor parte de los autores, esta enfermedad se observa principalmente en adultos, sin embargo, se ha encontrado con cierta frecuencia en niños, que por ser en la gran mayoría de las veces de presentación unilateral, no es tomada en cuenta como tal y únicamente en la pérdida bilateral de la audición, el enfermo percibe que su oído no llega a los límites de utilización social y no es hasta entonces cuando consulta al médico.

Por otro lado, cuando se presenta en personas de edad avanzada falta a veces interés por parte del paciente.

El médico de cabecera por su parte, no envía al paciente al especialista, porque a su juicio no hay nada que ofrecer y por otro lado, estos enfermos no solicitan atención médica sino después que han transcurrido algunas semanas desde el comienzo de la pérdida auditiva.

Obviamente otro de los factores que influyen en la recuperación auditiva, es la etiología. Se ha encontrado que en los de causa vascular, por un estado de hipercoagulabilidad responden a tratamiento médico un 80% y que los de etiología viral, recuperan espontáneamente la audición, en un 60% de casos.

Contrariamente a esto último, en nuestra experiencia, el único caso en que fracasó el tratamiento fue de causa viral. En aquellos casos en los que pensamos que la patogenia era vascular, la ganancia auditiva fue bastante satisfactoria con el tratamiento heparínico.

Las respuestas obtenidas con los

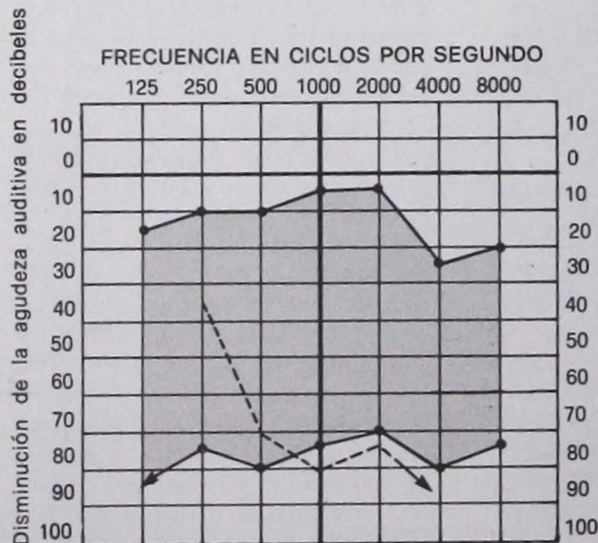
FIG. 7
HIPOACUSIA SUBITA TRATADA CON HEPARINA

E.G.A. 27 años

Evol. previa 13 días

CASO No. 1

Recup. { Inicial 20. día
Máxima 7 días



| Logaudiometría | |
|--------------------|--------------------------------|
| PRE-TRATAMIENTO | POST-TRATAMIENTO |
| O.I. | O.I. |
| — db | Pérdida para bisilábicos 30 db |
| 0 % | Porcentaje de captación 100 % |
| 110 db (Mononivel) | 40 db |
| — % | Porcentaje de captación 100 % |
| — db (Mononivel) | 60 db |

diversos esquemas terapéuticos han sido muy variables. Con la administración de heparina, según el esquema señalado en esta comunicación, fueron muy alentadoras.

La heparina es considerada como un agente antitrombótico y se emplea comúnmente con base en estas propiedades, pasando por alto otras acciones biológicas. La heparina modera la respuesta del organismo a agentes agresores y limita la extensión inflamatoria de la respuesta. Tiene efecto inhibitorio en la diseminación de agentes infecciosos, interacciona con hormonas esteroides, con liberadores de histamina, con amins vasoactivas y modifica la adhesividad de leucocitos a la pared vascular sometida a trauma.²⁰

En condiciones experimentales con ratas, el pretratamiento con heparina, seguido por administración de endotoxinas, evita el desarrollo de leucopenia.²¹

El empleo de la heparina en la sordera súbita se basa en el conocimiento de estas propiedades biológicas y no en las anticoagulantes. Se considera que la pérdida súbita de la audición se debe fundamentalmente a defectos de irrigación vascular en el área del Organó de Corti, lo que podría provocar trombosis y lesión irreversible. La heparina limitaría el aumento de permeabilidad vascular, la adhesión de leucocitos a la pared vascular, la agregación plaquetaria y el efecto vasoactivo de la histamina; elementos que regularmente inician y mantienen la respuesta inflamatoria cualquiera que hubiera sido el agente primario de activación.

Las dosis recomendadas de heparina, son suficientes para conseguir este efecto terapéutico, pues dosis más altas solamente son necesarias en caso de coagulopatía de consumo con importante compromiso en la perfusión tisular en diversos tejidos.

ACOTACIONES

Aunque con anterioridad, diver-

FIG. 8
HIPOACUSIA TRATADA CON HEPARINA

E.R.M.R. 43 años Evol. previa 7 días

CASO 2

Recup. { Inicial 2o. día
Máxima 10o. día

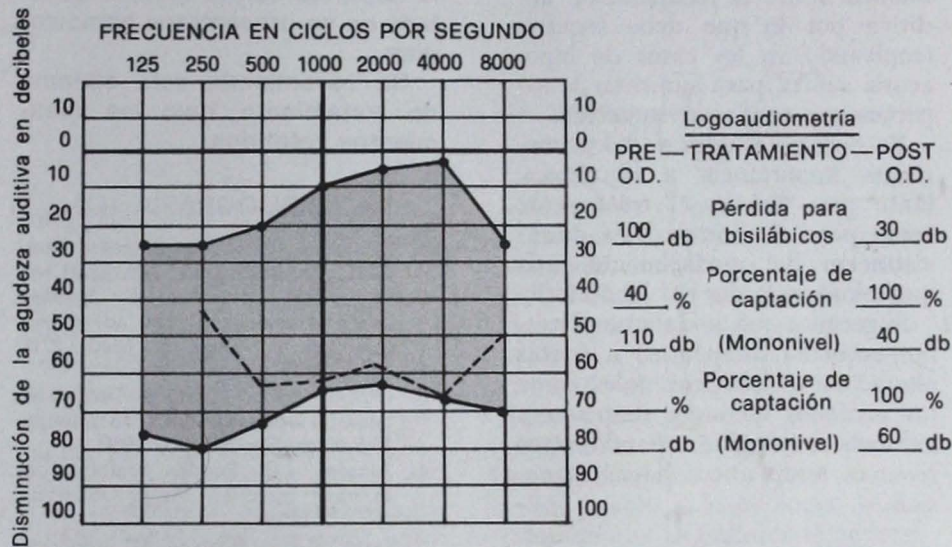
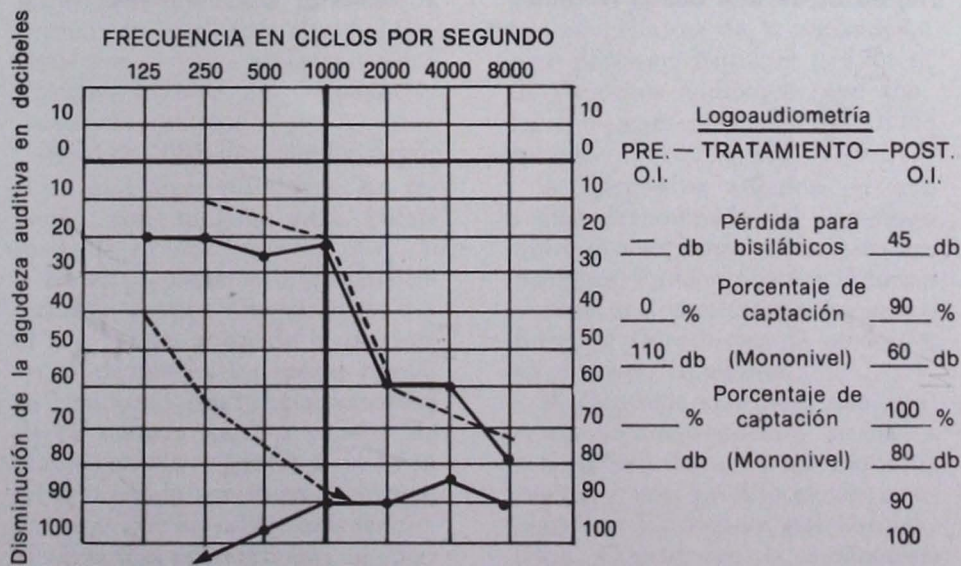


FIG. 9
HIPOACUSIA TRATADA CON HEPARINA

R.L.D. 28 años Evol. previa 5 días

CASO 3

Recup. { Inicial 3er. día
Máxima 9o. día



Los autores ya han empleado la heparina en el tratamiento de la hipocausia súbita, nosotros hemos aplicado un nuevo diseño en la administración del fármaco.

A juzgar por los resultados obtenidos en nuestro trabajo, parece que la heparina tiene notable influencia sobre la recuperación auditiva por lo que debe seguirse empleando en los casos de hipocausia súbita, para aumentar la experiencia y confirmar su acción.

En nuestro estudio se dió primérisima importancia a la clínica, tanto para iniciar el tratamiento como para el control de la administración del medicamento, más que a los resultados del laboratorio.

Sugerimos que se aplique el mismo esquema terapéutico a ciertas alteraciones otológicas, tales como los acúfenos de larga duración y marcada intensidad, cuando otros recursos terapéuticos hayan fracasado.

Resumen.—Se presenta la experiencia clínica en nueve casos con sordera súbita, que recibieron heparina intravenosa en goteo continuo disuelta en 250 ml de solución salina, como único tratamiento.

Se obtuvo excelente recuperación auditiva en cuatro casos, en dos el resultado fue aceptable, en otros dos casos la recu-

peración fue discreta y en uno se consideró nula.

En siete casos el acúfeno desapareció durante el tratamiento y en el resto disminuyó notablemente para desaparecer en forma tardía.

Durante la administración de la heparina con la técnica señalada no se presentaron hemorragias.

Se recomienda este sistema de tratamiento, bajo los lineamientos referidos.

BIBLIOGRAFIA

1. Fowler, E.P.: Sudden deafness. Ann. Otol. (St. Louis) 59: 980, 1950.
2. Jaffe, B.F., Massab, H.F.: Sudden deafness associated with adenovirus infection. N. Engl. J. Med. 270: 1406, 1967.
3. O'Neill, J.J.: Sudden unilateral hearing loss attributable to mumps. J. Speech Des 25: 55, 1960.
4. Lindsay, J.R.: Sudden deafness due to virus infection. Arch. Otolaryng 69: 13, 1959.
5. Jaffe, B.F. y Penner J.A.: Sudden deafness associated with hypercoagulation. Trans. Am. Acad. Ophthalmol. 72: 774, 1968.
6. Ruben, R.J. y Distenfeld, A.: Sudden sequential deafness as the presenting symptom of macroglobulinemia. JAMA 209: 1364, 1969.
7. Jorgensen, M.B.: Sudden loss of inner ear function in the course of long standing diabetes mellitus. Acta otolaryng. (Estocolmo) 51: 579, 1960.
8. Hallberg, O.E. Uihlein, A. y Siekerte, H.G.: Sudden Deafness due to Cerebellopontine angle Tumor. Arch. Otol. 69: 160, 1959.
9. Wilson, A.H.: Sudden deafness as the presenting Symptom of Acoustic Neurinoma. Arch. Otolaryng. 98: 73, 1973.
10. Goodhill, V.: Sudden deafness and round window rupture. Laryngoscope 81: 1462, 1971.
11. Fee, G.A.: Traumatic perilymph fistulas. Arch. Otolaryng. 88: 477, 1968.
12. Arenberg, L.K., Allen, G.W. y De Boer, A.: Sudden deafness immediately following cardiopulmonary bypass. J. Laryng. 86: 73, 1972.
13. Bierman, Th. A.: Sudden perceptive deafness. Thesis Leiden, 1957.
14. Fowler, E.P. Basek, M.: Causes of deafness in young children. Arch. Otolaryng. 59: 476, 1954.
15. Huizing, E.H.: Comunicación personal.
16. Distendans, A.: Allergy of the ear with classification and a new treatment of labyrinthine hydrops by dehydration. Arch. Otolaryng. 51: 582, 1950.
17. Hallberg, O.E.: Sudden deafness of obscure origin. Laryngoscope 66: 1237, 1956.
18. Jaffe, B.F.: Sudden sensorineural deafness. Postgrad Mod. 54: 95, 1973.
19. Lee, K.J.: The Otolaryngology Boards, a Preparation Guide. Ed. Medical examination publishing Company Inc. 1973.
20. Zweifach, B.W. y Grant, L.: The Sticking and emigration of white blood cell inflammation. Chapter 7, pág. 241. The inflammatory process Vol. 11. Ed. Academic Press. 1973.
21. Filkins, J.P. y Di Lucio, N.R.: Heparin protection in endotoxin shock. Am. J. Physiol. 214: 1074, 1968.

Amiloidosis laríngea (primera parte)

Dr. Pelai VILAR (*)

Summary.—Theoretical considerations are made about the tesaurosismosis, of which the amyloidosis is one particular case.

A clinical classification of the amyloidosis is made, and a revision of the literature on the subject shows that, since 1956, 307 cases have been published.

Ten new cases are added in this report, this being one of the largest series by a single author.

La amiloidosis laríngea primaria es un padecimiento considerado como una rareza y que carece de aspectos clínicos característicos.

Por lo general se trata de pacientes más allá de la cuarta década de la vida, que acuden al especialista con disfonía, que en el examen laringoscópico presentan diversos tipos de tumoraciones o infiltraciones de aspecto benigno, y que una vez biopsiados se obtiene el diagnóstico anatomopatológico de amiloidosis.

El objeto de esta comunicación, es comentar 10 nuevos casos desde el punto de vista clínico, por lo que sólo recordaremos brevemente algunos aspectos etiológicos, histológicos y bioquímicos.

Concepto de amiloidosis. Existe un grupo de enfermedades caracterizadas por el depósito y almacenamiento en los tejidos de sustancias

anormales, que pueden reconocerse en las preparaciones histológicas por alguna propiedad tintorial, a las que Gierke denominó tesaurosismosis.

La amiloidosis constituye un caso particular de tesaurosismosis y consiste en el depósito en diversos tejidos, de una sustancia vítrea, amorfa, que desde un punto de vista histológico es muy difícil de diferenciar del proceso normal de la transformación hialina de los haces colágenos (Costero).

Es Rokitansky quien en 1842 describe el depósito de sustancia amiloide en enfermos con sepsis crónica (Briggs), pero es Virchow, quien 10 años más tarde diferencia por medios tintoriales la sustancia hialina producto de la transformación de los haces colágenos, de la sustancia amiloidea, mediante la tinción con lugol. Esta afinidad tintorial con el yodo, es la que dió a Virchow la idea de denominarla "sustancia amiloide".

Wild en 1886, describe los depósitos amiloideos primitivos, sin relación con ninguna otra enfermedad.

En las preparaciones, la sustancia amiloide se tiñe intensamente con el rojo congo antes de la fijación, en tanto que en las piezas fijadas se comporta como metacromática, de tal manera que los violetas de metilo, cresilo y genciana la tiñen en rojo pálido con tintes violáceos, mientras que las estructuras no metacromáticas aparecen con un color

azul intenso (Costero).¹

La composición química de la sustancia amiloide ha sido estudiada por Has y Schulz quienes consideran que se trata de una proteína asociada a un polisacárido del tipo del ácido condroitinsulfúrico. Otros autores han sugerido que existen semejanzas de la amiloide con la gammaglobulina.

En cuanto a la etiología, se ha pensado que la amiloidosis pudiera ser una forma de proteinosis de almacenamiento, en la que la sustancia amiloide se depositaría en forma parecida a como lo hace el glucógeno en la enfermedad de Gierke. Otros la consideran como una reticuloendoteliosis cuando se asocia con el mieloma múltiple.

Clasificación. Existe bastante confusión en la nomenclatura y clasificación de las diversas manifestaciones clínicas de la amiloidosis, pero podemos distinguir tres clases de depósitos amiloideos que configuran entidades clínicas diferentes.

A. Depósitos aislados en una región determinada del organismo que se comportan como tumores benignos. Pueden adoptar la forma tumoral o depositarse en forma infiltrante. Constituyen la *amiloidosis primaria localizada*.

B. Depósitos múltiples, que aparecen secundariamente, asociados a enfermedades crónicas caquetizantes y con predisposición a situarse en los órganos parenquimatosos. Constituyen la *amiloidosis*

* Clínica Londres. Durango 33.
México 7, D.F.

AMILOIDOSIS PRIMARIA DE LA LARINGE RESUMEN DE 10 CASOS

| CASO | Edad | Sexo | Raza | Profesión | Abuso vocal | Tabaquismo | Disfonia | Disnea | Parestesias | Tos | Localización de Lesiones | Tumor | Pedíol | Infiltración | Biopsia |
|------|-----------|------|------|-----------|---------------|------------|----------|--------|-------------|-----|--------------------------|-------|--------|--------------|---------|
| 1 | W.L.M. | 43 | M | M | Maestro | + | + | + | - | - | C.V.D. | • | | | LD AL |
| 2 | P.C.R. | 55 | M | M | Minero | - | - | + | + | - | B.V.I. | • | | | LD AL |
| 3 | J.B.H. | 52 | M | B | Comerciante | + | + | + | - | + | C.V.D. | • | | | LD AS |
| 4 | J.C.H.M. | 43 | M | B | Agente ventas | + | + | + | - | - | C.A(c.n.o.) | • | | | LD AS |
| 5 | J.R.O. | 53 | M | B | Maestro | + | + | + | - | + | C.V.D. | • | | | LD AS |
| 6 | P.M.G. | 45 | M | M | Comerciante | + | + | + | - | - | C.A(c.v.o.) | • | | | LD AS |
| 7 | C.R.M. | 49 | F | M | Lab. hogar | + | - | + | - | + | C.V.D. | | | • | LD AS |
| 8 | A.A. | 43 | M | B | Comerciante | + | + | + | - | + | C.V.D. | • | | | LD AS |
| 9 | L.V. a R. | 43 | F | B | Agente ventas | + | + | + | - | + | C.V.I. | • | | | LD AS |
| 10 | E.S.E. | 72 | F | B | Lab. hogar | - | - | + | - | - | B.V.I. | | | • | LD AL |

secundaria. Una forma particular de este tipo, es la amiloidosis asociada al mieloma múltiple.

C. Depósitos generalizados en los tejidos mesenquimatosos, con el carácter de una enfermedad sistémica particular. Se trata de la amiloidosis primaria generalizada.

COMENTARIO

En esta comunicación nos referimos exclusivamente a la amiloidosis primaria localizada, cuyas lesiones sólo tienen traducción clínica cuando afectan la fonación o respiración, ya que por no ocasionar síntomas sistémicos, pasan inadvertidas o son un hallazgo de autopsia.

Una revisión de la literatura efectuada por McAlpine y Fuller en 1963, descubre 273 casos publicados. Nosotros en una revisión de los últimos 15 años, hallamos 83 casos, 34 de los cuales no se hallan comprendidos en la revisión de dichos autores, con lo que la cifra aumenta a 307, y a 317 con los de la presente comunicación.

Sólo Schreiner, con 14 casos, supera la cifra de 10 casos que presentamos, correspondientes a un sólo autor.

Nuestros 10 casos corresponden a la clientela particular de la que hemos revisado 12769 expedientes, desde 1952 en que hallamos el primer caso, hasta la fecha (1966).

Todos los casos han sido diagnosticados mediante el estudio his-

topatológico del espécimen de biopsia.

Sexo. McAlpine y Fuller establecen una proporción de 56% de hombres por 44% de mujeres. En nuestros casos 7 son hombres y 3 mujeres.

Edad. Los mismos autores afirman que el 50% de todos los casos publicados ocurrieron en las 5a. y 6a. décadas de la vida. En nuestra serie la distribución por edades fue la siguiente: 6 casos en la 4a. década, 3 en la 5a. y 1 en la 7a.

Sintomatología. En todos nuestros casos el síntoma que ocasionó la consulta fue la disfonia, variable en cada caso y dependiente de la localización, forma y tamaño de la lesión.

La disnea, no la hemos observado en nuestra serie, por tratarse en todos ellos de lesiones de escaso volumen.

En 3 casos el tumor era pediculado y liso, en 2 era sesil y rugoso y en otros 3 correspondientes a cuerda, se trataba de tumoraciones sesiles y lisas que también se podrían considerar como infiltraciones. Los dos casos restantes correspondían a infiltraciones de bandas.

En 6 casos asentaban exclusivamente en una cuerda vocal, en dos casos correspondían a banda ventricular y en otros dos eran lesiones de comisura anterior con participación de la mucosa subglótica.

Siete de nuestros pacientes eran fumadores, 7 eran profesionales de la voz (2 profesores, 3 agentes de

ventas, 2 comerciantes). Los tres restantes eran: dos amas de casa (una de ellas con verborrea habitual y compulsiva) y un minero.

Uno de nuestros pacientes sufrió una intubación anestésica de tres horas, unas semanas antes de aparición de la ronquera.

El tiempo transcurrido entre la aparición de la ronquera y la consulta, varió entre 3 meses y 5 años.

Cuatro de nuestros pacientes exhibían una personalidad neurótica.

Tratamiento y resultados. Nosotros hemos empleado en todos los casos la biopsia excisional bajo laringoscopia directa, excepto en el caso X, en el que la biopsia fue sólo diagnóstica. En todos los casos la biopsia excisional hizo desaparecer la disfonia, menos en el caso IV en que persistió y fue remitido al foniatra.

Desde luego que en casos de lesiones más avanzadas, con participación del ventrículo, lesiones estenosantes etc., la laringofisura será la vía de elección, aunque cada vez en menor número de casos, ya que estas lesiones resultan muy asequibles con las técnicas de suspensión y el uso del microscopio quirúrgico.

CONCLUSIONES

1a. La amiloidosis primaria de la laringe es una afección bastante más frecuente de lo comúnmente aceptado.

2a. Los exámenes laringoscópicos rutinarios pondrán de manifiesto las formas incipientes.

3a. La biopsia nos dará el diagnóstico de certeza. Su omisión debe considerarse falta grave.

4a. La forma primaria de la amiloidosis laríngea, no presenta características laringoscópicas ni sintomáticas específicas, no interfiere en el estado general y es de pronóstico en general benigno.

BIBLIOGRAFIA

Se incluirá en la segunda parte de este artículo.

Granuloma de cuerpo extraño, consecutivo a la inyección de teflón en la laringe

(presentación de un caso)

Dr. Francisco CORRAL Cossío*

CASO CLINICO

Paciente femenino de 50 años de edad, vista en el Servicio de Otorrinolaringología del HG del C.M.N., en septiembre de 1977 quejándose de disfonía que se inició inmediatamente después de simpatectomía cervical, indicada como tratamiento de enfermedad de Reynaud diagnosticada 2 años atrás. Además se elaboraron en el Hospital los siguientes diagnósticos: cistitis, vitiligo, depresión ansioso-depresiva e hipertensión arterial sistémica.

A la exploración se encontró inmovilidad de la cuerda vocal derecha y edema de ambas cuerdas, el

29 de noviembre de 1977 se le aplicó pasta de teflón en la cuerda vocal derecha.

El 6 de enero de 1978 la paciente fue vista en consulta aún con disfonía y con una masa dura fija a planos blandos, situada a nivel de la porción más alta del cartilago cricoides, indolora, que media 1 cm. de diámetro. Dicha masa fue reseçada el 26 de marzo de 1978; el diagnóstico histopatológico fue granuloma por cuerpo extraño (teflón).

COMENTARIO

La técnica original descrita por el mismo Arnold, establece que la

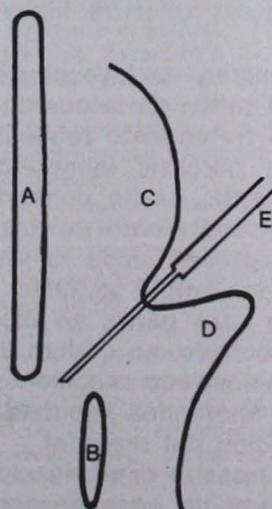
Author's summary.—Several authors report good results with the use of Teflon paste in cases of unilateral vocal cords paralysis. Histologically, no abnormal tissue reactions have been found.

In the reported case, we found a late complication to the paste, caused by excessive amount of injected material and a poor technique of application.

En 1962 Arnold propuso la inyección intracordal de teflón para el tratamiento de las parálisis unilaterales de cuerda vocal; desde entonces es el procedimiento de elección en todo el mundo. El mismo autor^{1,2,3,4} ha informado sobre la tolerancia de la pasta de teflón en la laringe; igualmente Lewy⁵ ha demostrado histológicamente, la presencia del teflón dentro de los tejidos, sin encontrar reacciones celulares anormales.

La técnica de inyección del material ha sido discutida en la literatura, así como también las alteraciones a que da origen la inyección inadecuada. Estos defectos de técnica los han descrito Curioica y Arnold, entre otros.^{6,7,8}

Este caso ilustra los resultados de la introducción inadecuada del plástico y la respuesta tisular al material.



- A = Cartílago tiroides.
- B = Cartílago cricoides.
- C = Banda ventricular.
- D = Cuerda vocal.
- E = Aguja

Figura 1. Representación esquemática del sitio de la inyección de teflón en este medio del tejido fibroso.

* Médico Residente del Servicio de ORL, del Hospital General del Centro Médico Nacional. IMSS.

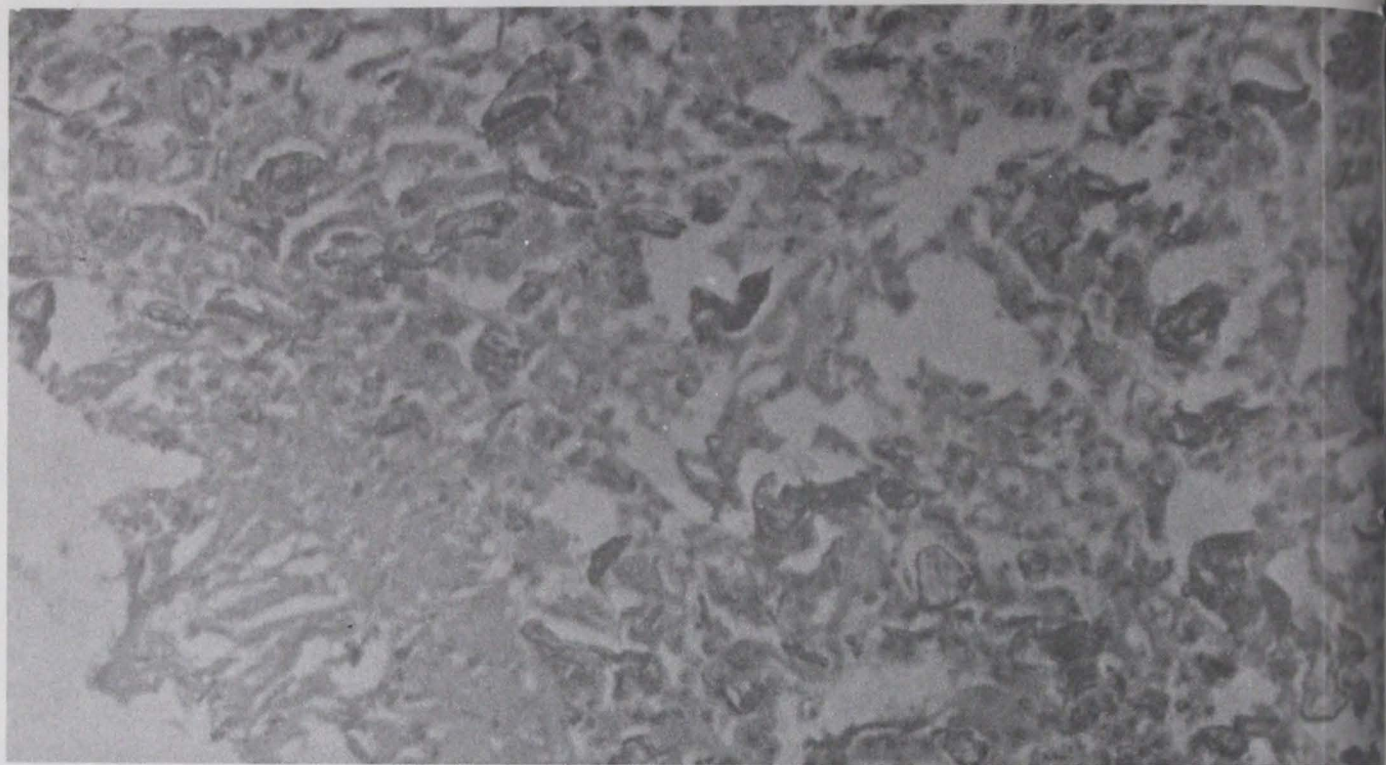


Figura 2. Microfotografía de la pieza operatoria. Muestra partículas de teflón en caso.

inyección debe hacerse en el espacio comprendido entre el tercio posterior de la cuerda y el esqueleto cartilaginoso, con objeto de empujar la parte posterior de la cuerda hacia la línea media, y obtener así la rehabilitación. Cuando la inyección se aplica más hacia la parte media, en la cuerda propiamente dicha, la presión del material inyectado va a modificar la forma de la cuerda, aumentando su masa y creando por este mismo hecho, una asimetría en las masas vibratorias y consecuentemente una disfonía; este aumento puede deberse a la inyección en la parte central de la cuerda, y a la inyección en la parte superior o inferior.

El caso que se presenta, puede considerarse debido a la inyección del material plástico, demasiado hacia afuera y demasiado hacia adelante a un nivel en que el borde superior del cartilago cricoides descende más abajo de la superficie superior de la cuerda, y que por lo tanto, permite la salida del ma-

terial hacia el cuello, a través de la porción más externa de la membrana cricotiroides, tal y como lo demuestra el esquema.

El estudio histopatológico demostró la presencia de teflón rodeado de una densa fibrosis y el examen a gran aumento, no indicó reacciones celulares importantes.

Resumen.—La inyección de pasta de teflón en la cuerda vocal, como tratamiento rehabilitatorio de la parálisis monolateral de la cuerda, se ha convertido en un procedimiento universalmente aceptado, desde su introducción por Arnold en 1960.

Por otra parte, en el tiempo transcurrido, no se han descrito ni demostrado reacciones celulares anormales imputables a la inyección del material.

En nuestra comunicación describimos un caso de complicación tardía de la inyección de pasta de teflón, que consideramos ocasionada por un exceso

de material inyectado y por una técnica deficiente.

BIBLIOGRAFIA

1. Arnold, G.: Vocal rehabilitation of paralytic disphonia: Technique of intracordal injection. Arch. Otolaryng. 66: 4, 358, 1962.
2. Arnold, G.: Further Studies of intracordal injection material. Arch. Otolaryng. 73: 290-294, 1961.
3. Arnold, G.E. y Stone, J.W.: Human larynx injected with teflon paste. Arch. Otolaryng. 86: 550-561, 1967.
4. Arnold, G.E.: Further experiences with teflon injection. Laryngoscope 6: 802-815, 1964.
5. Lewy, R.B.: Response of laryngeal tissue to granular teflon *in situ*. Arch. Otolaryng. 83: 355, 1966.
6. Curioca, E., Delgado, A.: El tratamiento de la disfonía debida a parálisis unilateral de cuerda vocal. Anales de ORL, Iber-Amer III, 2:141-159, 1976.
7. Lewy, R.B.: Glottic rehabilitation with teflon injection. Acta Otolaryng. 58: 214, 1964.
8. Von Leden H., Yanagihara N. y col.: Teflon in unilateral vocal cord paralysis preoperative and postoperative functions studies. Arch. Otolaryng. 85: 666-674, 1967.

Resumen bibliográfico

HEARING AND DEAFNESS (Cuarta edición)

Hallowell Davis y S. Richard Silverman
Holt, Rinehart y Winston,
New York, 1978

Este libro, ampliamente conocido en sus ediciones anteriores por los que tenemos relación con el campo de la audición, está editado y escrito en su mayor parte por dos de las personas más prestigiadas en la audiología. Gracias a ellos esta obra constituye uno de los textos introductorios clásicos al tema.

En la primera edición del libro, los editores señalan que la meta que persiguen es la de escribir una guía para no iniciados; en esta cuarta edición, dicha meta ha sido ampliamente rebasada y el libro puede ser recomendado incluso para expertos en la materia. El libro está al día, se mencionan las técnicas más modernas (por ejemplo, los implantes cocleares), sin embargo no deja de insistir en algunos temas clásicos pero aún valiosos (por ejemplo, el uso de los diapasones en el diagnóstico audiológico), que en otros textos tienden a ser olvidados.

Benítez-Díaz

BIOMEDICAL ULTRASONICS

P.N.T. Wells
Academic Press, New York, 1977

La gran extensión del tema cubierto por el autor es la principal cualidad de este libro. El autor ha logrado reunir una gran cantidad de información dispersa, dando detalles de la biofísica del ultrasonido que permite la utilización y apreciación seria de las técnicas ultrasónicas para el diagnóstico y el tratamiento. En los primeros capítulos se habla de la física de las ondas y sus métodos de medición.

La parte principal del libro la constituyen los capítulos que describen la ecografía, las técnicas Doppler (auscultación cardiaca y fetal) y la holografía acústica. Al final se describen los efectos biológicos y las transformaciones tisulares ocasionadas por el ultrasonido.

En resumen es un libro simple, informativo y útil para aquel que desee estudiar los efectos del ultrasonido y su aplicación en algunas técnicas diag-

nósticas que se están usando actualmente.

Benítez-Díaz

EXPERIENCIA CON PROTESIS OSICULAR TOTAL DE POLIETILENO

S.G. Harner, G.W. Facer, T.
Mac. Donald.
Archives Otolaryngology
Vol. 105 marzo de 1979

La reconstrucción de los defectos de la cadena osicular en las infecciones crónicas del oído medio y la mastoides, es un problema difícil de resolver. Los autores revisaron sus resultados en 29 pacientes, en los que se usó plastipore osicular total (TORP), en cuya serie, nueve de sus pacientes sólo tenían una superestructura del estribo y otros 13 carecían de martillo.

En el tratamiento quirúrgico de las enfermedades crónicas del oído, dos son los objetivos principales: primero eliminar la infección y segundo, restaurar la audición. Las técnicas actuales son efectivas para la eliminación de la infección, pero existe gran controversia en cuanto a los resultados de la restauración auditiva.

En 1974 se introdujo la prótesis osicular total de plastipor (TORP), que consiste en un ingenioso diseño, que tiene una inserción simple adaptable a muchas situaciones y resultado apropiado para unir el espacio, cuando faltan el yunque y el estribo.

Con este tipo de prótesis los autores analizan 33 operaciones que efectuaron en 31 oídos, en 12 de los cuales era la primera intervención y en los 19 restantes ya se habían efectuado intervenciones previas. El yunque estaba ausente en todos los casos. La membrana timpánica había sido reconstruida previamente en una tercera parte de los pacientes y en el resto el TORP fue colocado al mismo tiempo que se reconstruía la membrana timpánica. El estribo fue anormal en todos los pacientes, se tomó en cuenta también la posición del TORP y el uso de tejido extra entre el TORP y el tímpano.

Las intervenciones se analizaron según el defecto osicular, tipo de técnica empleada, posición del TORP y si se colocó tejido extra. En algunos pacientes se encontró desplazamiento del TORP, 18 a 24 meses después de la operación; en algunos pacientes en los

que inicialmente se habían obtenido buenos resultados, posteriormente fracasaron; la colocación del tejido extra entre el TORP y la membrana timpánica produce mayor ganancia auditiva, pero la extrusión ocurre en este grupo, con cierta frecuencia.

Los autores concluyen diciendo que el proyecto del uso de la prótesis del TORP es bueno ya que provee una gran superficie para membranas timpánicas adheridas, la columna cicatriza fácilmente en la ventana oval o sobre la platina del estribo y no se ha visto reacción de cuerpo extraño. Entre las desventajas que analizan citan: la cicatrización que algunas veces hace que el TORP desplace y pierda contacto. En otros casos el TORP se abre paso a través de la membrana timpánica por lo que ellos empezaron utilizando el TORP con gran entusiasmo y fue decayendo en la fase crítica analizada. En la actualidad, lo continúan utilizando, pero sólo en un limitado grupo de pacientes.

Hernández-Goribar

FUNCTION OF THE ACOUSTIC REFLEX IN DISCRIMINATION OF INTENSE SPEECH

(Función del reflejo estapedial en la discriminación del lenguaje intenso)

Mahoney T., Vernon J. Meikle M.
Arch Otolaryngol 105: 119-123, 1979

Como es sabido, el reflejo acústico del oído medio altera las características de transmisión del sonido al órgano de percepción. Por ejemplo el oído correspondiente al lado que sufre una parálisis de Bell, tiene menor discriminación logaudiométrica a intensidades altas, que el contralateral y también comparándola con la discriminación del mismo oído, una vez curada la parálisis facial; o sea que puede variar la inteligibilidad de la palabra a intensidades altas cuando no actúa el reflejo estapedial.

En este estudio se emplean mensajes con y sin competencia, tanto de palabras como de frases a niveles por encima del umbral en que se despertaba el reflejo acústico en oídos de gatos, midiendo la microfónica coclear y grabándola. Se inactivaban con medicamentos dichos reflejos y se volvía a grabar la microfónica coclear. Sub-

secuentemente, la grabación así obtenida se presentó a 18 sujetos con audición normal.

Los hallazgos confirman que tanto para palabras como para frases, la discriminación se ve afectada, pues es mucho mejor la inteligibilidad cuando el reflejo acústico está presente, que cuando se inactiva farmacológicamente.

Los autores concluyen que sus resultados pueden tener una gran importancia en el uso de auxiliares auditivos y en relación a los resultados de la estapedectomía.

García-Palmer

TERMINOLOGY OF COMMUNICATION DISORDERS: SPEECH, LANGUAGE, HEARING.
(Terminología de las alteraciones de la comunicación: palabra, lenguaje y audición).

Lucille Nicolosi, Elizabeth Harryman y Janet Kreshek.
Williams and Wilkins Editors.
Baltimore, 1978.

El propósito de este libro, es crear un diccionario completo de los términos audiológicos usados por los profesionales de la audición y del lenguaje.

Las entradas están organizadas por orden alfabético, con un sistema de referencias cruzadas. Se describen términos de muchísimos temas especializados, por ejemplo técnicas clínicas, anomalías del lenguaje, términos lingüísticos, términos anatómicos, de neuroanatomía, de acústica, de psicoacústica y de instrumentación.

Aun cuando adolece de ciertos defectos, sobre todo en cuanto al criterio usado para la inclusión o eliminación de ciertos términos, la obra es única en su género, pues reúne todo el vocabulario de términos relacionados con el lenguaje y la audición.

Benítez-Díaz

ANALYSIS OF PTERYGOPALATINE SPACE SURGERY.

(Análisis de la cirugía de la fosa pterigopalatina)

Montgomery, W.W., Lofgre, H.R. y Chasin, W.D.
The Laryngoscope 80: 1190-1200, 1970.

En el artículo se menciona el creciente interés en los últimos 10 años sobre el conocimiento de la anatomía y de los beneficios que aporta la cirugía de la fosa pterigopalatina.

Los autores mencionan las entidades que pueden ser tratadas con esta cirugía y la casuística personal en cada una de ellas:

1) Control de la epistaxis posterior; el caso de recidiva lográndose por medio de la ligadura de la arteria maxilar interna, efectuando su pinzamiento con instrumental especialmente diseñado para este tipo de cirugía. Efectuaron el procedimiento en 42 casos con buenos resultados en 38.

2) Resección del nervio vidiano en caso de rinitis vasomotora. Explican que esta entidad, no del todo bien conocida en su etiopatogenia, se cree que se debe a la falta de equilibrio de los impulsos del sistema nervioso autónomo de la nariz, con un discreto predominio de la del parasimpático. El procedimiento se realizó en 41 casos, con buenos resultados en 30 de ellos, fue necesario efectuar la operación en ambos lados.

En seis casos de poliposis nasal bilateral se efectuó la resección del nervio vidiano con polipectomía intranasal, obteniéndose buenos resultados en 4 (con control y sin recidivas de la poliposis durante 5 años).

La resección del ganglio esfenopalatino en casos de dolor facial atípico; explicando la entidad como una neuralgia en la que previamente se descartaron lesiones de algún par craneal; valorando los casos para cirugía con la prueba de bloqueo consistente en la inyección de xilocaína al 2% sobre el foramen palatino logrando la cesación del dolor en pocos minutos. Se describen cuatro casos de síndrome de Sluder, tratados con la resección del ganglio esfenopalatino, obteniendo curación en 3 de ellos.

Tirado-Marin

NUEVA VIA DE ABORDAJE QUIRURGICO A LA FOSA PTERIGOMAXILAR.

Prades J., Bosch J.
Anales Iberoamericanos O.R.L.
3: 165-178, 1977.

La cirugía del parasimpático ha adquirido mucha importancia en los últimos años. La inervación simpática actúa sobre las arterias y modifica el flujo sanguíneo; la acción del parasimpático favorece la congestión, la trasudación y la hipersecreción características de la rinitis vasomotora.

En las poliposis nasales, el fenómeno es el mismo, pero se agrega una degeneración de la mucosa provocada por la exudación y el aumento de la permeabilidad vascular, que favorece la secreción de mucopolisacáridos glandulares.

Los autores consideran que esta cirugía esta indicada en los casos siguientes: rinitis vasomotora, poliposis

nasal recidivante, epistaxis graves recidivantes, algias craneofaciales, síndrome de "lágrimas de cocodrilo" y oscena.

Las vías de acceso que se han empleado son: transvelopalatina, transeptal, transmaxilar y la vía endonasal desarrollada por los autores. Se ha una descripción detallada del instrumental y de las referencias anatómicas, así como también de la técnica empleada. La experiencia de los autores se refiere principalmente a casos de rinitis vasomotora de los cuales han operado 112 enfermos en los que obtuvieron mejoría importante en el 83.9%. Añaden que la vía que preconizan da buenos resultados, con pocas molestias para el paciente y sin complicaciones importantes.

Tirado-Marin

PROLACTIN-SECRETING PITUITARY ADENOMAS TRANSSEPHENOIDAL. MICROSURGICAL TREATMENT

(Adenomas hipofisarios secretores de prolactina. Tratamiento microquirúrgico por vía transesfenoidal.)

Hardy J. Beauregard H., Robert, F.
Progress in prolactin physiology & pathology.
Elsevier/North Holland Biomedical Press. 361-370, 1978.

Este trabajo se basa en los resultados obtenidos en el tratamiento de 80 enfermas con diagnóstico de amenorrea-galactorrea que fueron estudiadas endocrinológica y radiológicamente, demostrando sus niveles de prolactina en suero medidos con la técnica descrita por Friesen. Los resultados fueron tabulados en varios grupos según el título; así se dividieron en pacientes que tuvieron entre 30 y 100 ng/ml. 101 y 200; 201 y 500; 501 y 1000 y aquellos que tuvieron más de 1000 ng/ml.

Al mismo tiempo se practicaron tomografías multidireccionales de la silla turca clasificando su aumento de tamaño de acuerdo con la clasificación de Vézina.

El tratamiento consistió en la resección del microadenoma hipofisario, o hipofisectomía, según el caso, utilizando la vía transesfenoidal. Se obtuvo el 97% de curaciones cuando el título de prolactina fue menor de 100 ng/ml. y el crecimiento de la silla turca correspondió a los grados I o II de Vézina, lo que contrasta con sólo 19% de curaciones cuando los niveles de prolactina fueron mayores de 501 ng/ml. y el crecimiento de la silla turca o de la hipofisis fue de los grados III o IV.

Tirado-Marin

INFRATEMPORAL FOSSA APPROACH TO TUMOURS OF THE TEMPORAL BONE AND BASE OF THE SKULL.

(Vía de acceso o la fosa infratemporal para los tumores del temporal y de la base del cráneo).

Fisch U. *The Jour. of Laryngology and Otolology* 92: 949-967; 1978.

El autor considera que los tumores situados en la región infralaberíntica, de la punta del peñasco y de las áreas circunvecinas de la base del cráneo son un reto para el neurocirujano y el otólogo, no obstante el desarrollo de numerosas técnicas para su abordaje a través de las fosas media y posterior.

Las lesiones situadas en la punta del peñasco y en la base del cráneo, requieren de una vía más amplia que permita exponer la carótida interna desde el agujero carotídeo hasta el seno cavernoso, por lo que el autor cree que la exposición de la fosa infratemporal descrita en su trabajo es la solución del problema.

Las principales ventajas de la técnica quirúrgica propuesta por el autor son: (a) desplazamiento anterior del nervio facial, (b) subluxación o resección del cóndilo del maxilar inferior, (c) desplazamiento temporal del arco cigomático y (d) la petrosectomía parcial con obliteración del oído medio y cavidades anexas.

Describe la técnica quirúrgica de tres tipos diferentes de acceso (A, B y C), a la fosa infratemporal, la experiencia obtenida en 51 casos y los ilustra con los más típicos.

El tipo A proporciona acceso a los tumores de los compartimentos infratemporal y de la punta del peñasco del hueso temporal. El tipo B lo usa principalmente en aquellas lesiones que se encuentran localizadas en la apófisis basilar y que invaden la base del cráneo a lo largo de la trompa de Eustaquio, y el tipo C ha sido usado en los tumores que se originan alrededor de la silla turca.

Considera como principales desventajas en el tipo A, la pérdida de la función auditiva, como resultado de la obliteración de la cavidad de la mastoidectomía radical.

En el tipo B, además de la hipoacusia conductiva, se presenta maloclusión mandibular causada por la resección del cóndilo del maxilar inferior y parestesia de la cara en la región inervada por la tercera rama del trigémino.

La técnica tipo C, nos proporciona un amplio acceso al espacio lateral circunvecino a la silla turca; sus principales desventajas son: ocasionalmente

parálisis facial por sección del tronco del nervio facial o de algunas de sus principales ramas, además las descritas en la técnica B.

Muestra en una tabla los principales diagnósticos que fueron tratados mediante las técnicas quirúrgicas descritas, los tumores más comunes fueron: glomus yugular, meningiomas, cordomas y carcinomas de células escamosas y adenoquísticas. Mediante sus técnicas se logró la resección radical del tumor en 42 de los 51 casos.

El 92% de los casos presentaron hipoacusia conductiva y anacusia en el 8%; el 14% presentó parálisis facial; en el 61% de los pacientes en que fue necesaria la resección del cóndilo del maxilar se presentaron maloclusión y parestesia facial del área de la rama maxilar inferior del trigémino en el 51% de los pacientes; en un 6% se presentó fistula de líquido cefalorraquídeo; en el 4% infección y un paciente murió como consecuencia del tratamiento quirúrgico.

Tomando en cuenta las múltiples deficiencias neurales presentadas por los pacientes antes de la cirugía y aquellas que podrían presentarse en un futuro por el crecimiento de la lesión, considera que el número de complicaciones postoperatorias están justificadas. Concluye el autor que sólo los resultados a largo plazo podrán probar el valor del método, sin embargo, considera que la vía lateral presentada debe de ser conocida para que permita un acceso lateral seguro a lesiones consideradas previamente como inaccesibles. Además la vía infratemporal tiene muchas otras indicaciones diferentes de la cirugía oncológica.

R. Andrade-Gallegos

RADICAL NECK DISSECTION: CONSIDERATION IN FLAP DESIGN.

(Diseción radical del cuello: Consideraciones sobre los colgajos). McNeill R.

The Jour. of Laryng. and Otol. 92: 591-596; 1978.

Mc Neill R.

El autor analiza algunos tipos de incisiones y formación de colgajos en la disección radical del cuello, y correlaciona los diferentes tipos de colgajos y los problemas específicos que se pueden presentar. Desde que Crile (1906) hizo la primera descripción de la disección radical del cuello, han aparecido una amplia variedad de incisiones las cuales han sido seleccionadas según las preferencias individuales.

El autor considera que al escoger un colgajo de piel deben tomarse en

cuenta los siguientes aspectos: viabilidad, planeación del faringostoma, recubrimiento con injertos, campo quirúrgico, protección de la carótida, planeación de la traqueostomía y la estética.

Tomando en cuenta que la circulación de la piel del cuello corre en sentido vertical, desde arriba y desde abajo, la incisión ideal es la horizontal en T, y en aquellos casos con cicatrices previas, aquéllas deben de ser incorporadas. Incisiones como la de forma en J, de McFee producirán necrosis por isquemia.

Una de las más serias complicaciones, es la exposición de la carótida, por lo que la incisión de Hayes-Martin ha sido abandonada, y en cambio el autor recomienda la modificada de Schoebinger.

En los casos en que ha planeado hacer un faringostoma o un traqueostoma, el autor recomienda incluirlos en las incisiones de la piel.

En los casos en que se requieren injertos para la reconstrucción del cuello, las incisiones deben planearse cuidadosamente, para asegurar la vascularización de los colgajos.

Desde el punto de vista estético, la incisión de McFee, que sigue uno de los repliegues de la piel del cuello, es la que ofrece mejores resultados cosméticos. El autor considera que el factor estético, debe supeditarse a las otras consideraciones, todas ellas más importantes.

Un campo quirúrgico amplio, cobra mayor importancia en los casos en los que se requiere una disección radical de cuello mono o bilateral. En esos casos debe planearse la incisión que se juzgue óptima para exponer la lesión primaria, incisión que podrá combinarse con otras, que permitan ampliar el campo operatorio si así lo requiere el curso de la intervención.

El autor concluye con la idea, de que dada la gran variedad de vías de acceso para la cirugía cervical, deberá hacerse una valoración cuidadosa de los objetivos y de esta manera se podrá escoger, en cada caso, la incisión más adecuada.

R. Andrade-Gallegos

GLOTTIC RECONSTRUCTION AFTER NEAR-TOTAL LARYNGECTOMY.

(Reconstrucción de la glotis después de laringectomía subtotal).

Tucker, H.M., Wood, B.H., Levine, H. y Katz, R.
The Laryngoscope 89: 609-618; 1979.

Los autores consideran que la hemilaringectomía vertical proporciona un

método terapéutico satisfactorio en aquellos casos de carcinoma glótico poco extenso, sin embargo, en los casos que requieren hemilaringectomía vertical extensa, con frecuencia se producen secuelas consistentes en reducción de la columna de aire o franca estenosis de la glotis, que hacen necesaria una traqueostomía permanente.

Estas secuelas han llevado a muchos autores a describir diferentes métodos de reconstrucción de la glotis, con resultados poco satisfactorios y permanencia prolongada de la traqueostomía.

La reconstrucción de la laringe usando la epiglottis, fue descrita primero en 1965 y más recientemente por Kambic en 1977. Los autores presentan su experiencia obtenida de diez casos tratados mediante laringectomía subtotal y laringoplastia con la epiglottis en un tiempo quirúrgico, entre junio de 1976 y abril de 1978.

Describen el criterio por ellos seguido para la selección de los pacientes, la técnica quirúrgica en forma detallada, que ilustran con esquemas, anotan los cuidados postoperatorios y hacen una valoración de sus resultados.

Concluyen que el método es superior a otros por ser un método relativamente sencillo en el que la epiglottis proporciona un soporte cartilaginoso, además de integridad de la superficie intralaringea mediante el colgajo mucopercicóndrico; el tiempo de decanulación y restauración de la vía oral y alta del hospital es considerablemente más corto, siendo el factor más importante por ellos observado, la mínima cicatriz endolaringea postoperatoria.

No consideran al hacer su valoración, la eficacia del método en cuanto a curación, por considerar que el tiempo de observación, 23 meses, es corto; sin embargo, el hecho de no haber tenido ni una sola recurrencia en sus casos es alentador. Su conclusión final se puede resumir como que "la laringectomía subtotal con laringoplastia epiglótica es técnicamente fácil, realizable en un sólo tiempo quirúrgico, con excelentes resultados funcionales en relación a respiración, deglución y fonación".

Consideran la eficacia del procedimiento como una operación oncológica viable en los casos de carcinoma glótico adecuadamente seleccionados, y creen necesario un mayor tiempo de observación antes de valorar el resultado.

Andrade-Gallegos

THE DIAGNOSTIC ROLE OF LARYNGEAL STROBOSCOPY

(El papel de la estroboscopia en el diagnóstico laríngeo).

Alberti W.P.,
*The Otolaryngologic Clinics of North
America*, 11, 347-354, 1978.

Se han diseñado numerosas técnicas para el estudio de la función glótica, entre ellas la estroboscopia que se usa principalmente en Europa.

El autor hace una revisión de los movimientos fonatorios de la laringe y describe los aspectos teóricos de la estroboscopia.

Prácticamente la estroboscopia puede usarse con dos objetos, diagnóstico y pronóstico. Para el diagnóstico diferencial de las lesiones mucosas superficiales en las cuales la vibración está conservada y las lesiones más profundas que lesionan el músculo y en donde no se observan dichas vibraciones, sugiriendo en este caso, la posibilidad de una lesión maligna temprana y la necesidad de una biopsia. Los nódulos muy pequeños pueden descubrirse mediante la estroboscopia en cuerdas vocales, aparentemente normales a la laringoscopia indirecta habitual. En los traumatismos sobre las cuerdas vocales, la vibración desaparece y permite explicar el grado de disfonía. Por último la estroboscopia permite determinar la cantidad de tejido que debe researse durante una microlaringoscopia tal y como lo hace Saito.

Desde el punto de vista pronóstico su uso más común es en la valoración del grado de recuperación de una parálisis de cuerda vocal, en la que las vibraciones se presentan antes que los movimientos respiratorios.

Andrade-Gallegos

SURGICAL RESULTS OF ORBITAL DESCOMPRESSION FOR MALIGNANT EXOPHTHALMUS.

(Resultados de la descompresión orbitaria en el exoftalmos maligno).

Ogura J.H.,
The Jour. of Laryngology and Otology,
92: 181-196, 1978.

Este trabajo fue leído con motivo de la quincuagésima segunda "Conferencia Semon" en la Sociedad Real de Medicina, Londres. El autor hace una revisión de la epidemiología del exoftalmos en diferentes regiones del mundo, discute su etiología y su relación con el hipertiroidismo.

Describe como la grasa retroorbitaria aumenta de volumen al absorber agua lo que produce un aumento de la presión sobre el ojo, alterando los músculos extrínsecos, edematizándolos primero, hipertrofiándolos después y al final paralizándolos.

Hace una revisión de los métodos

usados en el pasado y establece que las indicaciones para la descompresión son: disminución de la agudeza visual, crecimiento rápido del exoftalmos, epifora, edema palpebral o inmovilidad del globo ocular; finalmente considera una indicación puramente cosmética.

Describe la técnica empleada en 220 pacientes en los cuales logró una disminución del exoftalmos entre 2 y 12 mm, con una diferencia de más menos 1 mm, entre cada ojo. El número de complicaciones y su importancia aparecen en el artículo.

Andrade-Gallegos

COMPUTORIZED TOMOGRAPHY OF PARANASAL SINUSES NEOPLASMS

(Tomografía computarizada en las neoplasias de los senos paranasales).

Jing, B., Goepfert, H. y Close, L.G.,
The Laryngoscope 88: 1485-1503, 1978.

Los autores establecen una correlación entre los hallazgos quirúrgicos, la politomografía y la tomografía computarizada (T.C.) usando el "E.M.I. 5005 Body Scanner", en siete pacientes del Anderson Hospital de Houston, EE.UU.

Describen el método usado en la T.C., así como cada uno de los casos estudiados y hacen un comentario de cada uno de ellos; correlacionan el valor diagnóstico y la extensión del tumor, con datos preoperatorios proporcionados por la politomografía y la T.C. y los hallazgos quirúrgicos que los ilustran con amplio material fotográfico.

Concluyen que se requiere una mayor casuística para poder hacer valoración definitiva de la T.C. Sin embargo, les ha impresionado la exactitud de la T.C. en la localización, tamaño y extensión del tumor. Creen que el valor de la T.C. es igual al de la politomografía para demostrar la participación ósea y superior a ella para delinear los límites del tumor en los tejidos blandos. Han observado que el alto contraste de densidad, es una desventaja para su uso en la región de los senos paranasales. Por otro lado, proporciona buena información en lo que respecta a posible extensión intracranéana.

Creemos, que no obstante la corta casuística presentada, es un artículo de valor por lo bien protocolizado y que sirve para iniciar y formar opinión en el correcto uso de la tomografía computarizada y de acuerdo con los autores deberá esperarse una mayor experiencia para valorarlo en forma correcta y definitiva.

Andrade-Gallegos

Actividades de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

Acta de la sesión ordinaria celebrada el día 6 de marzo de 1979

Siendo las 21:00 hrs., y bajo la presidencia del Dr. Jorge Corvera dio principio la Sesión con la siguiente orden del día.

Lectura y aprobación en su caso del Acta de la Sesión Anterior, la cual fue aceptada por unanimidad por la asamblea.

Como segundo punto se presentó la Mesa Redonda. "El uso de Homoinjertos en Otolología", fungiendo el Dr. Antonio Soda Merhy como moderador y participando los Dres. Juan Andrade Pradillo, Mariano Hernández Goribar, Eduardo Montes de Oca, Guillermo Quiróz Torres y Pelayo Vilar-Puig. Se inició con la presentación de los participantes por el Dr. Soda y a continuación hizo una enumeración de los objetivos antiguos y actuales de la Cirugía Otológica y las que ahora incluyen no sólo la erradicación de la enfermedad sino la recuperación de la función. Señaló los diferentes tipos de materiales tradicionalmente usados para la reconstrucción de las estructuras del oído medio y describió el desarrollo gradual de las técnicas de uso de injertos homológicos llegando hasta los métodos modernos de extracción y conservación de homoinjertos en bloque.

A continuación el Dr. Soda dirigió preguntas sobre temas específicos a cada uno de los integrantes de la Mesa, terminando por la presentación de varios casos clínicos acerca de los cuales cada participante expresó su concepto acerca del manejo quirúrgico que amerita.

Como último número de la Orden del Día, se pasó a Asuntos Varios y no habiendo otro asunto que tratar se dio por terminada la Sesión a las 22:45 horas.

Dr. Luis Benítez
Secretario.

Acta de la sesión ordinaria celebrada el día 3 de abril de 1979

Siendo las 21:00 hrs., y con la asistencia de 68 personas dio principio la Sesión.

Como primer punto se dio lectura al Acta de la Sesión Anterior, la cual fue después sometida a la aprobación de la asamblea, la cual votó aceptarla por unanimidad.

Como segundo punto se presentaron trabajos a cargo del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Manuel Gea González. El Dr. Prado Abarca, Jefe del Servicio, hizo la introducción y la presentación. Los Dres. Arrieta Gómez y Fuente del Campo hablaron sobre el tratamiento quirúrgico del mucocela frontal, recomendando el abordaje por una incisión coronal. Fue comentado y criticado por los Dres. Esper Dib, Del Rosal, Hernández Goribar y Vilar-Puig. El Dr. García García habló acerca del diagnóstico de alergia nasal mediante métodos citológicos e histológicos. Concluyó que es recomendable el segundo por dar un menor % de falsas negativas y falsas positivas.

En el Capítulo de Asuntos Varios, se anunció un Curso en Caracas, Venezuela sobre Cirugía Otológica y el Dr. Smoler informó del estado organización del XXIX Congreso Nacional. Sin otro punto que tratar se dio por terminada a las 22:30 hrs.

Dr. Luis Benítez
Secretario

Acta de la Sesión de Negocios de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, celebrada en Mazatlán, Sin. el 4 de Mayo de 1979.

Durante el ejercicio de la Mesa Directiva que hoy termina sus funciones, la Secretaría de la misma, tuvo a su cargo la organización de las activida-

des mensuales ordinarias y extraordinarias de la Sociedad, la redacción de las Actas de las mismas, de las Convocatorias, la coordinación de actividades Académicas realizadas bajo el auspicio de la Sociedad y la coordinación de la Comisión de Admisión para miembros de Nuevo Ingreso.

Se llevaron a cabo 10 Sesiones Ordinarias, en las cuales participaron las siguientes instituciones:

Hospital de Pediatría, C.M.N., I.M.S.S.
Hospital del Niño, D.I.F.
Hospital General, S.S.A.
Hospital Infantil, S.S.A.
Hospital Central Militar.
Hospital Pemex, y
Hospital Gea González.

Se organizaron 2 Sesiones Extraordinarias, en Mayo 30 y Diciembre 26, con invitados especiales.

Se realizó una Sesión Conjunta con la Sociedad Mexicana de Audiología y Foniología, y se organizó una Sesión de Negocios y una Cena Baile.

La Sociedad auspició y apoyó la organización del Curso sobre Microcirugía de la Laringe y Rehabilitación de la Voz, llevado a cabo en Noviembre de 1978.

Participaron como ponentes en los Trabajos Científicos, además de los miembros de la Sociedad, 17 invitados de los cuales 13 fueron profesores mexicanos y 4 extranjeros provenientes de las Universidades de Washington en St. Louis, de Viena, Austria, de Portland Oregon y Northwestern en Chicago.

Durante este año ingresaron 7 socios Titulares y un Socio Aspirante, a la Sociedad.

La asistencia promedio a las Sesiones fue de 72 personas.

Dr. Luiz Benítez Díaz
Secretario.

**Informe final de tesorería
Resumen de fondos manejados**

Período del 26 de Abril de 1978 al 24 de abril de 1979

| | | |
|---|-------------------|----------------------|
| Saldo en Bancos al 25 de abril de 1978. | | \$ 153,833.69 |
| INGRESOS: | | |
| Cuotas de Asociados | \$ 147,300.00 | |
| Recuperación Gastos Baile Anual | 69,850.00 | |
| Cuota Extraord. Asist. XXVIII-Congreso en Monterrey | <u>108,034.00</u> | 325,184.66 |
| EGRESOS: | | |
| Revista SMORL, A.C. (NETO) | 105,198.69 | |
| Baile Anual Asociados | 63,059.12 | |
| Honorarios a Profesionistas | 54,550.00 | |
| Papel. Art. Escrit. y Formas Impresas | 26,522.60 | |
| Mantenimiento Condominio | 24,748.00 | |
| Liquidación Préstamo del CMORL, A.C. | 20,000.00 | |
| Aseo y Limpieza del Local | 6,725.00 | |
| Correos y Telégrafos | 3,745.20 | |
| Consumo de Luz y Teléfonos | 3,183.00 | |
| Grabados y Placas Metálicas | 2,050.00 | |
| Derecho de Agua | 795.00 | |
| Transportes Locales | 424.80 | |
| Multas y Recargos | 341.60 | |
| Varios (Escuelas, Comis. Dep. Ch/Forán., etc.) | <u>762.94</u> | 312,105.95 |
| SALDO A FAVOR EN BANCOS AL 24 DE ABRIL DE 1979 | | \$ 166,912.40 |

Balance general con cifras al 24 de abril de 1979

| ACTIVO | | | PASIVO | |
|---|-------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------|
| CIRCULANTE: | | | CIRCULANTE: | |
| Disponibles | | | Aplicado | |
| Fondo Fijo de Caja | \$ 500.00 | | Préstamo otorgado por el | |
| Bancos | 166,912.40 | | CMORL, A.C. | \$ 23,601.75 |
| Deudores (Lic. Bohigas) | <u>10,070.00</u> | 177,482.40 | | |
| FIJO: | | | PATRIMONIO | |
| De Trabajo | | | A favor de la SMORL, A.C. | |
| Edificio (Condominios) | 499,837.40 | | al 24 de abril de 1979. | 539,173.04 |
| Mobil y Equipo de Ofna. | 75,663.80 | | | |
| Menos: Reserva P/Depreciación Acumulada | <u>220,815.81</u> | 354,685.39 | | |
| OTROS ACTIVOS: | | | | |
| Gtos. de Instalación | 51,014.00 | | | |
| Menos: Rva. P/Amortización | <u>25,507.00</u> | | | |
| Depósitos en Garantía | <u>5,100.00</u> | 330,607.00 | | |
| SUMA EL ACTIVO | | \$ 562,774.79 | SUMAN PASIVO Y PATRIMONIO | \$ 562,774.79 |
| Dr. Raúl Mereles Del Valle Tesorero | | | C.P. Fernando Lara Díaz Contador | |

Actividades de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

Acta de la sesión ordinaria celebrada el día 6 de marzo de 1979

Siendo las 21:00 hrs., y bajo la presidencia del Dr. Jorge Corvera dio principio la Sesión con la siguiente orden del día.

Lectura y aprobación en su caso del Acta de la Sesión Anterior, la cual fue aceptada por unanimidad por la asamblea.

Como segundo punto se presentó la Mesa Redonda. "El uso de Homoinjertos en Otolología", fungiendo el Dr. Antonio Soda Merhy como moderador y participando los Dres. Juan Andrade Pradillo, Mariano Hernández Goribar, Eduardo Montes de Oca, Guillermo Quiróz Torres y Pelayo Vilar-Puig. Se inició con la presentación de los participantes por el Dr. Soda y a continuación hizo una enumeración de los objetivos antiguos y actuales de la Cirugía Otológica y las que ahora incluyen no sólo la erradicación de la enfermedad sino la recuperación de la función. Señaló los diferentes tipos de materiales tradicionalmente usados para la reconstrucción de las estructuras del oído medio y describió el desarrollo gradual de las técnicas de uso de injertos homológicos llegando hasta los métodos modernos de extracción y conservación de homoinjertos en bloque.

A continuación el Dr. Soda dirigió preguntas sobre temas específicos a cada uno de los integrantes de la Mesa, terminando por la presentación de varios casos clínicos acerca de los cuales cada participante expresó su concepto acerca del manejo quirúrgico que amerita.

Como último número de la Orden del Día, se pasó a Asuntos Varios y no habiendo otro asunto que tratar se dio por terminada la Sesión a las 22:45 horas.

Dr. Luis Benítez
Secretario.

Acta de la sesión ordinaria celebrada el día 3 de abril de 1979

Siendo las 21:00 hrs., y con la asistencia de 68 personas dio principio la Sesión.

Como primer punto se dio lectura al Acta de la Sesión Anterior, la cual fue después sometida a la aprobación de la asamblea, la cual votó aceptarla por unanimidad.

Como segundo punto se presentaron trabajos a cargo del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Manuel Gea González. El Dr. Prado Abarca, Jefe del Servicio, hizo la introducción y la presentación. Los Dres. Arrieta Gómez y Fuente del Campo hablaron sobre el tratamiento quirúrgico del mucocelo frontal, recomendando el abordaje por una incisión coronal. Fue comentado y criticado por los Dres. Esper Dib, Del Rosal, Hernández Goribar y Vilar-Puig. El Dr. García García habló acerca del diagnóstico de alergia nasal mediante métodos citológicos e histológicos. Concluyó que es recomendable el segundo por dar un menor % de falsas negativas y falsas positivas.

En el Capítulo de Asuntos Varios, se anunció un Curso en Caracas, Venezuela sobre Cirugía Otológica y el Dr. Smoler informó del estado organización del XXIX Congreso Nacional. Sin otro punto que tratar se dio por terminada a las 22:30 hrs.

Dr. Luis Benítez
Secretario

Acta de la Sesión de Negocios de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, celebrada en Mazatlán, Sin. el 4 de Mayo de 1979.

Durante el ejercicio de la Mesa Directiva que hoy termina sus funciones, la Secretaría de la misma, tuvo a su cargo la organización de las activida-

des mensuales ordinarias y extraordinarias de la Sociedad, la redacción de las Actas de las mismas, de las Convocatorias, la coordinación de actividades Académicas realizadas bajo el auspicio de la Sociedad y la coordinación de la Comisión de Admisión para miembros de Nuevo Ingreso.

Se llevaron a cabo 10 Sesiones Ordinarias, en las cuales participaron las siguientes instituciones:

Hospital de Pediatría, C.M.N., I.M.S.S.

Hospital del Niño, D.I.F.

Hospital General, S.S.A.

Hospital Infantil, S.S.A.

Hospital Central Militar.

Hospital Pemex, y

Hospital Gea González.

Se organizaron 2 Sesiones Extraordinarias, en Mayo 30 y Diciembre 26, con invitados especiales.

Se realizó una Sesión Conjunta con la Sociedad Mexicana de Audiología y Foniología, y se organizó una Sesión de Negocios y una Cena Baile.

La Sociedad auspició y apoyó la organización del Curso sobre Microcirugía de la Laringe y Rehabilitación de la Voz, llevado a cabo en Noviembre de 1978.

Participaron como ponentes en los Trabajos Científicos, además de los miembros de la Sociedad, 17 invitados de los cuales 13 fueron profesores mexicanos y 4 extranjeros provenientes de las Universidades de Washington en St. Louis, de Viena, Austria, de Portland Oregon y Northwestern en Chicago.

Durante este año ingresaron 7 socios Titulares y un Socio Aspirante, a la Sociedad.

La asistencia promedio a las Sesiones fue de 72 personas.

Dr. Luiz Benítez Díaz.
Secretario.

listas residentes en el área metropolitana en sociedades lejanas.

El que habla, tiene la satisfacción de haber sido aceptado como miembro de la Sociedad de Otorrinolaringología del Centro, hecho que no ha podido menos de llenarle del más legítimo orgullo.

Otros logros, quizá más importantes, son aún más difíciles de puntualizar. Quedan pues implícitos en este informe, para ser juzgados quizá por generaciones venideras.

No me queda más que hacer público voto de gratitud a mis compañeros de la mesa directiva 1978-1979. Fue un privilegio para mí compartir con ellos tan agradable experiencia. A mi amigo y compañero, el Dr. Pelayo Vilar-Puig, le deseo toda clase de satisfacciones y el éxito que sé que coronará su próxima gestión.

Palabras pronunciadas por el Dr. Pelayo Vilar-Puig en la Sesión de Negocios de la Sociedad Mexicana de ORL en la Ciudad de Mazatlán, Sin., el 4 de mayo de 1979 al tomar posesión de la Presidencia.

Estimados compañeros:

Este es un momento de particular satisfacción para mí, el ocupar la presidencia de la Sociedad Mexicana de ORL. Representa algo trascendental en mi vida profesional, ya que el ejercicio de la especialidad me impone una serie de exigencias ante mí mismo. Resulta por lo tanto el ocupar este cargo, una especie de aval, que ustedes mis amigos dan a este particular modo de sentir la profesión.

Por esta misma razón representa una importante responsabilidad la actuación que en los venideros 12 meses pueda tener. La SMORL representa una fracción bien humilde dentro del contexto de la ORL mundial, pero es una comunidad científica fundamental para la ORL mexicana, de ahí mi esmero en querer cumplir.

Como fracción de una comunidad, somos reflejo a través de nuestros actos profesionales, de lo que es nuestro país en este momento, tenemos cualidades y defectos similares a los de la sociedad que nos rodea, pero si tuviera

que obtener un saldo, diría que lo positivo está a nuestro favor, por las razones a las que aludía hace un año en nuestro pasado congreso, cuando afirmaba las virtudes y pureza que las comunidades científicas suelen tener, si las comparamos con el medio ambiente que las rodea, es decir se cultiva aquí la amistad, se escucha al viejo, al joven; al hombre o a la mujer; no cuenta la riqueza o la pobreza del individuo, su signo político o su raza, se busca la verdad científica y no se persigue obtener ningún beneficio económico ni político; lo que prevalece en nuestro caso, es el deseo de ser mejores ORL para servir mejor a nuestros enfermos.

Nuestra sociedad ya de larga vida, tiene que sufrir cambios acordes con los avances que la ORL y la medicina en general sufre, adaptarse a las modificaciones ambientales, corregir las actividades en función del número y necesidades de nuestros agremiados; es decir, tenemos que medir la vitalidad de nuestra comunidad en función de su capacidad de cambio para mejorar.

Los cambios en cualquier conglomerado humano por pequeño que este sea, no se producen por el deseo único de sus dirigentes, se desencadenan porque las circunstancias así lo exigen y yo creo que nuestra sociedad desde hace algún tiempo ha iniciado este proceso. La mesa directiva que hoy empieza, no será más que continuadora de esta corriente renovadora.

Tiempo es que nos olvidemos de pensar en divisiones de tipo generacional, geográfico, institucional, etc. Los miembros de la sociedad mexicana de ORL todos somos unos, con los matices tan deseables que nos da nuestra individualidad, pero con el común denominador por el que estamos aquí, el ser mejores profesionistas, dentro de un margen de respeto, de amistad verdadera.

Si así creo que debemos sentirlo en lo individual, con mayor razón en lo colectivo con nuestras sociedades hermanas, las que con renovada vitalidad hemos visto en años recientes, desarrollarse en forma constante, apuntamos hoy más que nunca el deseo de trabajar unidos por el progreso de nuestra especialidad.

El tener que tomar la palabra en una situación como en la que me encuentro suele ser una situación tentadora para establecer una especie de programa o de promesas de lo que la directiva hará, sin embargo, no quiero caer en la tentación. Hay algo que enmarca los actos de cualquier directivo, por un lado el deseo y capacidad para servir, pero resulta estéril sin la voluntad de todos los asociados.

Lejos de hablar de un programa definido creo haber señalado hasta el momento un estado de ánimo. Debo mencionar por otro lado que recibimos a la sociedad liberada de cargas económicas, gracias a las gestiones de los que tan acertadamente nos han precedido con una revista casi autosuficiente en lo económico, con cada vez mejor presentación, mejor nivel académico, mayor circulación. Una membresía muy considerable. Todo esto resulta evidentemente una gran parte del camino andado.

Pienso que debemos dirigir nuestras miradas a mejorar y aumentar las actividades académicas, con programas de divulgación a médicos no ORL, fomentar las visitas de profesores extranjeros e incrementar los cursos de actualización para nuestros socios.

Por otro lado es imperante mejorar nuestro local sede, para sesionar cómodamente.

Es deseable el investigar, ordenar y divulgar las raíces históricas de nuestra sociedad, antes que se pierdan con el correr de los años y el paso de las nuevas generaciones de ORL.

Sería muy deseable buscar formas más adecuadas para la organización y desarrollo, de nuestros congresos.

No escapará a la vista de ustedes la necesidad de tener cada vez mejores servicios administrativos, especialmente para tener un adecuado contacto con los miembros que viven fuera del área metropolitana.

No me resta más que decirles que me siento anímicamente tranquilo, al verme rodeado por todos ustedes, mis amigos, signo inequívoco de la vitalidad de la sociedad, lo que augura cada vez una mayor relevancia académica.

XXIX CONGRESO NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Discurso Inaugural del Presidente del Congreso, Dr. José Smoler.

Compañeros otorrinolaringólogos,
Señoras y Señores.

Ha sido para mi un honor encabezar el Comité organizador del XXIX CONGRESO NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA y llegar a este momento en que se inaugura el mismo.

Agradezco a ustedes el haber puesto su confianza en mí para lograr la realización del mismo y espero que sus anhelos se vean satisfechos desde los puntos de vista científico y social.

Ha sido ya una costumbre, durante los últimos 28 congresos, que esta reunión reanude encuentros científicos y sociales entre los otorrinolaringólogos del país, así como a nuestras esposas y espero que este año vuelva a serlo.

El éxito de estas reuniones se debe a la conjunción de dos factores en un binomio muy importante: El Comité organizador y los congresistas. Esto implica que son necesarios ambos para lograr el éxito. No es posible lograrlo solamente con un Comité organizador bien intencionado y con un programa científico-social perfecto, mientras no exista asistencia de congresistas o viceversa. Esperamos que nuestros congresos sigan un camino ascendente, tanto en la organización de los mismos como en el apoyo con la asistencia de los congresistas.

Mazatlán nos recibe con los brazos abiertos por tercera vez y en las dos anteriores el Congreso fue todo un éxito, deseamos que esto se logre nuevamente. El atractivo del lugar es natural y el Comité organizador no escatimó esfuerzos para conjugar un programa adecuado e interesante.

Los trabajos que presentarán nuestros colegas de provincia, alternando con los del Distrito Federal, hablarán del intercambio de ideas que se logran en ellos.

Esperamos que el logro de los anhelos puestos por este Comité para la reunión de compañeros de todo el país y la camaradería de los mismos durante estos 4 días nos acerque más en el alcance de nuestros ideales, intercambio y mejora de conocimientos así como convivencia social de los participantes.

Quiero hacer público mi agradecimiento a todos y cada uno de los miembros del Comité organizador que han hecho, de este Congreso una realidad y en particular a los Doctores Mario Rodríguez Esparza y su gentil

esposa Gloria, por su ayuda en este bello puerto de Mazatlán, al Dr. Pedro López Camacho y Señora, que desde la bella ciudad de Culiacán lograron que este puerto fuese la sede, así como también la ayuda otorgada por el Gobierno del Estado de Sinaloa y al Dr. Rigoberto Aztorga y Señora, que desde la ciudad de Guadalajara tan espontánea y desinteresada, lograron el apoyo del Hotel Playa Mazatlán para la organización del Congreso. A todos ellos muchas gracias.

A mi querida esposa y a mis hijos mi agradecimiento y amor por el apoyo que me brindaron durante este año, para el logro de esta meta. A todos ustedes muchas gracias por su apoyo con su asistencia.

Bienvenidos a Mazatlán.

Discurso pronunciado en ocasión de la Inauguración de la XXIX Congreso Anual de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, por el Dr. Jorge Corvera Bernardelli, Presidente de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

La Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología inicia hoy su XXIX Reunión Anual. Con éste motivo, encuentro particularmente oportuno hacer un breve recuerdo de la Sociedad y sus reuniones.

El día 5 de marzo pasado, la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología cumplió 33 años de vida. En esa fecha, en el año de 1946, un grupo de distinguidos miembros que formaban la entonces sección de Otorrinolaringología de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, decidió dar personalidad propia a la que hoy constituye nuestra floreciente Sociedad.

Este paso, habría de tener trascendencia indudable no sólo en la vida intelectual del grupo, sino también el progreso de la Otorrinolaringología como una importante rama de las ciencias médicas.

La sociedad no fue protocolizada ante notario sino hasta 5 años más tarde, el día 11 de diciembre de 1951. En la escritura de esa fecha se relata que las personas que se reunieron el 5 de marzo de 1946, fueron los Dres. Juan Andrade Pradillo, Pedro Berruecos, Andrés Bustamante Gurría, Ramón del Villar, Daniel Gurría Urgell, Gustavo Jerez Tablada, Mario González Ulloa, Manuel López y López, Federico Molas, Walter Reinking, Plutarco Torres Luquín, Luis Vaquero y Ricardo Tapia Acuña.

El acta constitutiva, hecha como dijimos, cinco, años después, está firmada por diez de los mencionados y por dos distinguidos especialistas más: los doctores Javier Castillo Dibildox y Juan Becerril Carmona.

A estos 15 miembros, la Sociedad ha reconocido como socios fundadores. Entre ellos, solamente sobreviven 7, habiendo fallecido, lamentablemente, ocho de los originales miembros. Con todos ellos, vivos o ausentes, nuestra Sociedad mantiene eterna deuda de gratitud. Quisiera, en este feliz momento en que se inicia una nueva reunión de amigos, hacerme portavoz de todos ellos para ofrecer, por mi conducto, un sincero homenaje de afecto, respeto y admiración a quienes dieron vida a nuestra organización. A ellos debemos la unidad mantenida por los otorrinolaringólogos durante todos estos años, algunos de los cuales han sido testigos de momentos de prueba para la medicina mexicana y por ende para la especialidad.

En este respecto, podemos decir que estos tiempos nos han hecho testigos de un desarrollo de la medicina en el seno de la Sociedad Mexicana, que conlleva cambios que se han hecho patentes y otros que seguramente habrán de acontecer, y que influirán inevitablemente en el ejercicio de nuestro oficio.

La práctica tradicional de la Medicina como profesión liberal en que quizá, la mayoría de nosotros aún nos encontramos ejerciendo, ha mostrado en el curso de estos años ser incapaz de resolver un problema de angustiante actualidad, como es el llevar atención médica oportuna y de alta calidad a todos nuestros compatriotas, y en particular a aquéllos que, desposeídos ante la vida, carentes de educación apropiada, marginados de la vida económica nacional y aún en ocasiones sufriendo desnutrición, son presa frecuente de numerosas enfermedades entre las que destacan muchas que la otorrinolaringología cubre. Sufren, como dijo el maestro Alejandro Celis, de la patología de la miseria.

La Sociedad Mexicana, ante esta indudable limitación de la medicina como profesión liberal, ha respondido organizando las instituciones estatales de salud. Estas instituciones ya no son nuevas, han experimentado un período de desarrollo suficientemente prolongado para ser juzgadas y valoradas en su logros, y ya podemos decir que en el momento actual, tampoco han podido resolver satisfactoriamente las necesidades médicas de la población. Es verdad que protegen a más gente, pero no a todos, y no han al-

canzado a los grupos de la población más necesitados.

A pesar de tímidos intentos en lo contrario, han caído en la trampa de la medicina privada, consumista y supestandamente curativa, descuidaron los aspectos preventivos y de salud pública, campo indudable de logros más importantes.

Por otra parte, la atención médica que se practica, parece hacerse al mínimo denominador en cuanto a calidad. Además es de todos conocida la deshumanización y despersonalización que la burocratización ha ocasionado a la práctica de la medicina en estas circunstancias. Esta situación es motivo de frustración tanto por parte de los recipientes de la atención médica, como de los médicos que la proporcionan, no escapando a ella las propias autoridades cuyo primordial deber es facilitar, agilizar y optimizar la labor desarrollada por el médico en beneficio del enfermo, y no simplemente su ascenso personal en el escalafón burocrático.

Las sociedades tienen su propia dinámica, y la Sociedad Mexicana, por supuesto no puede ser excepción a esta regla. Si en un momento dado, la necesidad de cubrir a cada vez mayor número de enfermos hizo nacer a la medicina estatal, en otro momento, ante los evidentes defectos de ésta, seguramente se generará un cambio que deberá traducirse en una mejor integración del binomio médico-enfermo. Cuál será este camino, como será esta solución, no podemos saber en el momento actual, aún cuando se puede especular al respecto. Ciertamente la historia no da marcha atrás, y regresar a la medicina elitista de minorías sería tan absurdo como quedarse en la medicina mediocre de mayorías. Se necesita una solución que conjunte calidad técnica en el acto médico, con un profundo sentido de servicio, de compasión y de identificación con el sufrimiento de sus hermanos que caracteriza el ministerio de la medicina, entendiendo la palabra ministerio en su sentido etimológico de servicio.

Indudablemente, para llegar a este desiderato, son de fundamental importancia la unidad, el diálogo y la comunicación de ideas tanto en el campo técnico como humanístico entre quienes practican la medicina. La otorrinolaringología se encuentra en este momento histórico unida como nunca.

Habrà quien critique mis palabras y me indique qué, en tanto que hace algunos años existía solamente la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, en este momento las sociedades han proliferado, y se encuentran numerosos grupos constituidos como tales,

trabajando en forma cada vez más eficaz y halagüeña. Yo debo de señalar que esta diversidad no afecta la unidad, sino al contrario el fruto de una sociedad es óptimo cuando es el resultado del esfuerzo de todos y cada uno de sus miembros, y disminuye en calidad en tanto que mayor número de ellos se encuentran segregados del proceso creador. El establecimiento de sociedades locales, con una vida social y científica activa en zonas de la República que por su distancia al centro no era posible que dependieran de la capital, es un paso de gran importancia y que debe de dar una gran satisfacción a todos los otorrinolaringólogos. Estas sociedades, han integrado a mayor número de colegas a vida activa de grupo, y en tanto que tienen los mismos ideales, y responden a las mismas necesidades, su aportación a la solución de los grandes problemas de la especialidad es de un valor inestimable.

La Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología anhela el crecimiento, florecimiento y desarrollo de las sociedades hermanas para que el esfuerzo de todos los colegas, desde las más diversas partes de la República, se traduzca mejor que antes en el progreso de nuestra profesión en servicio de nuestros conciudadanos.

La visión de nuestros 15 compañeros, que hace 33 años fundaron la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología fructifica y se realiza al contemplar en el momento actual el florecimiento tanto de la Sociedad por ellos fundada como de las sociedades hermanas en toda la extensión geográfica de la República Mexicana.

Nuestra Sociedad lleva 33 años de vida y sus reuniones anuales, primero bajo el nombre de Reunión Nacional y posteriormente bajo el nombre de Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología suman con la que hoy empieza 29. Esto, una vez, más, señala la visión y el talento de nuestros socios fundadores. Desde el principio, se organizaron estas reuniones fuera de la ciudad de México. Indudablemente que esto ha sido la razón del florecimiento que ahora contemplamos. En un ritmo cada vez creciente, con una calidad indudablemente en aumento, con una asistencia cada vez mayor, nuestras reuniones anuales tiene una función básica en el tejido de la comunidad constituida por los médicos que nos dedicamos al ejercicio de la otorrinolaringología.

Las reuniones médicas han sido acusadas de frivolidad. Se ha dicho que sólo son pretextos para pasarla más o menos bien y que sus logros son nulos desde el punto de vista de su trascendencia en la práctica de la medicina.

Nada más lejos de la realidad. Debemos entender que el hombre es un ser social, que necesita del contacto con sus semejantes con el que aumenta su acervo cultural y espiritual. Los ya tradicionales experimentos psicológicos iniciados por Skinner en donde se priva del contacto de sus semejantes a animales de experimentación, han señalado hasta qué grado esta necesidad de comunicación es importante, no solamente para el desarrollo psicológico y emocional sino aún para el desarrollo a un nivel biológico. Erik Berne, el distinguido psiquiatra y psicoanalista, fundador del análisis transaccional, y que tanto ha aportado al conocimiento de la función de las organizaciones y de los grupos, utiliza un tanto libremente una expresión que no debe tomarse literalmente, pero que simboliza lo que ocurre cuando hay una falta de contacto psicológico entre individuos. Berne dice que se les "encoje la médula espinal".

Debe entenderse que los otorrinolaringólogos formamos un grupo y constituimos una organización desde el punto de vista técnico y psicológico. El trato entre nosotros, nuestra comunicación es fundamental y a quien se mantiene aislado de este intercambio, que ocurre tanto a nivel técnico como a nivel de vivencias emocionales y espirituales, se le encoje la médula espinal. Las reuniones profesionales entretejen y organizan, son vehículo de intercambios creadores, y cada uno de sus miembros, en tanto que otorrinolaringólogos, dejan estas reuniones enriquecidos técnica y humanamente con el contacto con sus semejantes, con sus hermanos en el ministerio de la rama médica que cada quien ha escogido para desarrollarse en su vida.

La visión al proyectar las reuniones fuera de la Ciudad Capital y en general fuera de la zona metropolitana de nuestro país, fue verdaderamente extraordinaria. No cabe duda que no existe sociedad más armonizada que la que se desarrolla entre iguales. La sociedad jerarquizada, en donde unos miembros se consideran inferiores a otros, es estéril, sus frutos no maduran. Solamente en la profunda armonía y fraternal relación que implica sentirse de igual a igual se pueden lograr los óptimos resultados. Indudablemente en el ambiente de una ciudad de tamaño humano, en alguna de las joyas turísticas, históricas o artísticas que se encuentran regadas por todo el ámbito de la República, lejos del monstruo agobiador y agresivo que constituye la aglomeración metropolitana es que nos podemos rodear de un ambiente espiritual que permite reconocernos como lo que somos, como un

grupo de amigos, que nos vemos con profunda satisfacción anticipando los días que pasaremos recordando experiencias pasadas, cultivando nuevas y estrechando los lazos de amistad que se generan estimulados por las metas que se tienen en común.

En esta ocasión, la ciudad de Mazatlán nos recibe por tercera vez en nuestra historia. Los anteriores Con-

gresos habidos en esta encantadora perla del Pacífico, han sido de un recuerdo imperecedero. La belleza geográfica se une con la amabilidad, bondad y amistad que nuestros compañeros sinaloenses siempre nos han brindado. Las facilidades que las autoridades ciudadanas y estatales nos han dado han sido inapreciables. Con esa expectativa llegamos por tercera vez

a renovar la experiencia placentera de encontrarnos en este marco de belleza y amabilidad. Estamos absolutamente convencidos que este Congreso que constituye el XXIX Congreso anual de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, y el tercero de ellos que ocurre en la ciudad de Mazatlán, habrá de marcar un nuevo nivel de excelencia en lo científico y en lo social.



Asistentes al XXIX CONGRESO NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Informe del Comité Organizador del XXIX Congreso Nacional de Otorrinolaringología, que tuvo lugar en la ciudad de Mazatlán, Sinaloa del 10. al 5 de Mayo de 1979.

Las actividades desarrolladas por el que habla, fue nombrar el Comité Organizador, tratando de incluir dentro del mismo, otorrinolaringólogos de todas las Instituciones así como de las Sociedades de provincia. Se realizaron viajes a la ciudad de Mazatlán para seleccionar el hotel sede del Congreso buscar otro hotel de apoyo, escogiendo el Hotel Playa Mazatlán por las facilidades que tiene.

Se separaron cuartos suficientes para cubrir las necesidades de los cur-

sos pre-congreso que tuvieron lugar los días 30 de abril y 1o. de mayo y para el congreso mismo, lográndose precio especial para los congresistas. Así mismo se invitó al Presidente Municipal de Mazatlán y durante uno de estos viajes visitamos al Sr. Gobernador del estado, en la ciudad de Culiacán, ofreciéndonos ayuda para el Congreso.

Se envió a cada uno de los otorrinolaringólogos que tenemos registrados, propaganda acerca del Congreso, a partir del mes de octubre, esperando que pasara el Congreso Panamericano de Acapulco.

Desgraciadamente muchos de los otorrinolaringólogos no recibieron las circulares, puesto que de las 700 que

tenemos registrados, más de 200 no fueron regresadas por cambio de domicilio y desconocer la nueva dirección. Es importante que cada uno de nosotros notifique a la Sociedad el cambio de domicilio para evitar estos percances.

Asistí personalmente a las sesiones reglamentarias de las Sociedades de Otorrinolaringología del Noreste, de Guadalajara, Veracruzana, Puebla y en 2 ocasiones a la del Centro para invitar e inscribir personalmente a nuestros compañeros de provincia, respondiendo ellos de manera importante a estas invitaciones.

Para el trabajo local se nombró al Dr. Mario Rodríguez Esparza, quien lo-

gró aportaciones importantes de la Cervecería del Pacífico, Embotelladora Pepsi-cola, Café Marino y Cervecería Modelo. Para el Comité local de la ciudad de Culiacán, recurrimos a los Dres. Armando Olivera y Pedro López Camacho, logrando este último la aportación económica importante por parte del Gobierno del Estado.

El Comité Científico trabajó en la elaboración del Programa del Congreso que incluyó 3 mesas redondas, una conferencia Magistral y 28 trabajos libres, habiéndose leído todos ellos. Hubo 2 médicos no socios invitados a participar en las mesas redondas. Es importante señalar el daño que causan nuestros socios que aceptan participar en el Programa Científico y que a última hora no asisten, dejando que los organizadores, de una manera improvisada, saquen adelante el Programa. Es necesario mayor seriedad por parte de nuestros socios para el buen éxito del Congreso.

Se entregaron 2 premios Burroughs-Wellcome a los trabajos de investigación clínica y básica que este año consistieron en diploma y \$ 20,000.00 cada uno. Se declararon desiertos los premios Schmidt de Audiología y el premio Kume Enterprises para trabajo de residentes; así como se declaró

desierto el premio a la mejor película por no haber inscrito ninguna.

El Comité de actividades sociales trabajó intensamente para el éxito del Congreso. Se realizó una cena carnaval el día 2 de mayo y se llevaron con éxito las comidas de los días 2, 3 y 4 así como la cena-baile en la que se rieron varios regalos. Las actividades de té canasta de la AVEO, así como el desfile de modas amenizado por el grupo de bailables del Estado de Sinaloa fueron todo un éxito. Por primera vez se organizaron actividades para los hijos de los congresistas (castillos de arena, lotería, piñatas, pin pong, etc.) bajo el cuidado de las edecanés, proporcionadas por la Universidad de Sinaloa.

El Dr. Leandro Flores Cordero trabajó intensamente en el programa de exposición comercial, contando este año con 14 expositores y 10 patrocinadores sin exposición, lo cual ayudo al éxito económico del Congreso.

Las inscripciones al congreso fueron de 19 residentes, 124 congresistas y 90 acompañantes. El estado financiero del Congreso será leído por el tesorero, el Dr. Miguel Arroyo Castelazo.

Quisiera por último señalar como ya tuvimos ocasión de oír el año pasa-

do, por palabras del Dr. Pelayo Villar Puig, de la necesidad de formar un Comité que establezca los lineamientos para la organización de nuestros congresos, de establecer los reglamentos para los premios y de la necesidad de elegir las sedes para los congresos que llenen las necesidades del mismo, con 2 años de anticipación, y así mismo elegir al presidente del Congreso con antelación para que se facilite la organización del mismo. Por último señalar nuevamente la necesidad de que nuestros compañeros tomen el Congreso con la seriedad debida para evitar las improvisaciones de último momento. Quiero agradecer a cada uno de los miembros del Comité organizador su esfuerzo para el éxito del mismo y a la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología en haber puesto en mí su confianza para la realización del mismo.

NOTA DE LA REDACCION

Por dificultades de montaje y por exceso de original. El Relato Oficial del Congreso y algunas otras Informaciones, no se publicarán hasta el número siguiente.

Informaciones del Consejo Mexicano de Otorrinolaringología

Convocatoria para exámenes de ingreso al Consejo Mexicano de Otorrinolaringología.

El examen de ingreso al C.M.O.A.C. se efectuará en el mes de octubre en Guadalajara, Jal. los días 15, 16 y 17.

La solicitud de ingreso y sus anexos deberán presentarse antes del día 10 de septiembre.

Cualquier solicitud presentada después de esa fecha será considerada para el examen del año siguiente.

Requisitos necesarios para tomar el examen:

1. Título de Médico Cirujano, legalmente registrado ante las autoridades.

2. Haber pasado por un internado rotatorio post-recepcional no menor de un año, o haber ejercido la medicina general por un periodo no menor de dos años.

3. Haber cumplido satisfactoriamente un Adiestramiento Hospitalario y progresivo en Otorrinolaringología de tres años, reconocido por el Consejo.

4. Ser miembro de una Sociedad de

Otorrinolaringología de la República Mexicana reconocida por el Consejo.

5. Presentar ante el Consejo solicitud de examen, acompañado de su Curriculum Vitae con copias fotostáticas de sus documentos y tres fotografías tipo pasaporte, así como una cuota de solicitud de examen de \$ 500.00 (QUINIENTOS PESOS 00/100 M.N.), la cual no es reembolsable por ningún motivo.

6. Si la solicitud de examen presentada no llena los requisitos establecidos así se le hará saber al interesado. Este podrá presentar tantas solicitudes de ingreso como desee, acompañando cada una de la cuota correspondiente.

7. Si la Junta de Gobierno y el Cuerpo Examinador aprueban la solicitud, el aspirante deberá cubrir cuota de examen de \$ 5,000.00 (CINCO MIL PESOS 00/100 M.N.). Esta cuota no es reembolsable por ningún motivo.

8. Pasando el examen satisfactoriamente, el aspirante presentará jura-

Sección a cargo del
Dr. Mariano HERNANDEZ GORIBAR

mento de practicar la especialidad bajo las normas del Consejo.

9. Cuando el solicitante no pase el examen satisfactoriamente, podrá presentarse a nuevo examen después de un año y si fuese necesario cada año previo pago de la cuota de examen en cada instancia.

10. Las decisiones tomadas por el Cuerpo Examinador de este Consejo son inapelables. Cualquier otra pregunta al respecto, tendremos mucho gusto en contestarla personalmente.

Consejeros para el año 1979-80. Dr. Armando RAMIREZ CALDERON, Dr. José SMOLER BERKOVSKY, Dr. Antonio SODA MEHRY, Dr. Ernesto DEUTSCH, Dr. Samuel LEVY-PINTO, Dr. Antonio SANCHEZ MARLE, Dr. Sergio DECANINI TORNESSI, Dr. Héctor RAMIREZ OJEDA, Dr. Miguel ARROYO CASTELAZO.

Domicilio: Eugenia 13, Dep. 403, México 18, D.F.

Se solicita el canje — Exchange is required — On demande l'échange

Notas e informaciones

OIDO INFECTADO

La Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología en colaboración con la Fundación Venezolana de Otolología y el "Ear International", ofrece un curso sobre oído medio infectado en la ciudad de México, los días 30 y 31 de agosto de 1979 en el Hotel Presidente Chapultepec. Jack Pulec, Edgar Chiosone y Ramón Ruenes serán los profesores del curso. Para informes de horarios, sede, costos, etc, favor de comunicarse a la Sociedad.

CONGRESO NACIONAL

El Dr. Antonio Soda M., presidente del Comité organizador del XXX Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología nos informa que están muy adelantadas las gestiones para brindar un gran congreso en Ciudad Juárez, Chihuahua del 1o. al 5 de mayo de 1980. Además de un interesante programa científico se preparan muchas sorpresas en el terreno social y cultural. Proximamente informaremos por este medio del programa preliminar del evento.

CONGRESO DE LA FEDERACION

El II Congreso Nacional de la Federación de Sociedades de Otorrinolaringología, organizado por la Sociedad de ORL del Centro, se llevará a cabo en la bellísima ciudad de Guanajuato del 1o. al 3 de noviembre de 1979. Está programado un curso sobre actualización en ORL que impartirán los profesores José Luis García Ibáñez y Luis García Ibáñez de Valencia, España. El costo del congreso con derecho al curso es de \$ 3.500.00 y \$ 500.00 para acompañantes, inscribiéndose antes del 1o. de septiembre. Para informes e inscripciones:

En Celaya:

Dr. Jorge Díaz Barriga
Guadalupe 125 2o. piso
Tel. 2-32-51
En León:
Blvd. A.L.M. 811 Pte. 8o. piso
Tel 3-13-02

SOCIEDAD DE AUDIOLOGIA

La Sociedad Mexicana de Audiología y Foniatría ha nombrado a su segunda mesa directiva, presidida por el Dr. Pedro Berruecos V., quien de inmediato ha continuado el brillante programa iniciado por el Dr. Salvador Durán; sus sesiones trimestrales, además de ser una muestra de los avances científicos, son tribuna abierta a la discusión académica de sus miembros; por nuestro conducto, extienden una cordial invitación a todas las personas interesadas en éste campo para participar con su asistencia.

XII CONGRESO MUNDIAL

Budapest es la sede del XII Congreso Mundial de ORL. El presidente del Congreso, Prof. L. Surjan, nos recuerda que el 21 al 27 de junio de 1981, nos espera en Hungría.

XI CONGRESO MUNDIAL MEMORIAS

Quienes estén interesados en recibir las Actas del XI Congreso Mundial de ORL celebrado en la Argentina, favor de enviar un cheque por 60.00 U.S. Dólares a:

XL Congreso Mundial de ORL
Cangallo 2150 - 1040
Buenos Aires, Argentina.

CIRUGIA NASAL

Del 21 al 23 de mayo del presente año se efectuó en el Hospital General de la ciudad de México un curso so-

Sección a cargo del
Dr. Rafael GARCIA-PALMER

bre Cirugía Nasal impartido por el Dr. Eugene Tardy, quien en forma didáctica y clara mostró las técnicas por él usadas en este importante campo de la especialidad. Nuestras felicitaciones al Dr. Samuel Rosete, por la atingente coordinación de este curso.

AUDIOLOGIA Y OTOLOGIA PEDIATRICA

Del 29 de octubre al 2 de noviembre del presente año se escenificará en Buenos Aires, Argentina, el 1er. Congreso Interamericano de Audiología y Otolología Pediátricas bajo los auspicios del Núcleo Latinoamericano para el estudio de la audición y el equilibrio (Filial argentina). Entre los profesores invitados destacan: Buckingham, Cáceres, de la Cruz, García Ibáñez, Del Villar, Gómez de Souza, Hardy, Lancha de Lara, Marseillán, Northern, Pracy y M. Hardy.

Mayores informes al secretario de organización del Congreso.
25 de mayo 267 piso 11
1385 Buenos Aires, Argentina
Tel. 30-52-07.

PATOLOGIA DE LA COMUNICACION

El Dr. J. Gilberto Soriano organiza un programa de educación continua para especialista de la comunicación y el aprendizaje. La primera parte de dicho programa se efectuará del 27 al 31 de agosto de 1979 en el Centro Médico Nacional del IMSS.

Para el programa se ha invitado a distinguidos profesores en los temas a tratar, todos ellos relacionados con la comunicación y el aprendizaje y son: filogenia, ontogenia, fisiología, patología molecular, subcelular y celular, genética y bioquímica; así como los elementos lingüísticos básicos para

comprender la patología de la comunicación humana.

Los interesados deben de ponerse en contacto con el Dr. Soriano al teléfono 74-22-27 (16 a 20 Hrs.).

REUNION ANUAL DE LA SOCIEDAD DE OTOLOGIA, RINOLOGIA y LARINGOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, A.C. TAXCO DIC. 78

Aunque con bastante retraso, recibimos la Memoria de esta Reunión celebrada en Taxco, Gro. el 2 de diciembre del año pasado, Memoria que nos ha sido enviada por su autor el Dr. Ney Chavolla y que por su extensión no podemos publicar, pero de la que ofrecemos un extracto a nuestros lectores.

Después de unos datos de tipo social, en la página 4 se recogen algunos pensamientos o frases de los organizadores, entre los que merece ser destacada la frase del Dr. Ricardo Tapia Acuña "Nunca como ahora, la función por esencia de la medicina, es social".

Entre las actividades científicas cabe destacar la conferencia que el Prof. Dr. Michel Potmann, de Burdeos, Francia, pronunció sobre "Tumores del conducto auditivo interno", en cuyo desarrollo en excelente español, relató la experiencia de 100 casos destacando las diferentes vías de acceso, para su tratamiento quirúrgico.

El Dr. José T. Aguilera desarrolló el tema: "Enseñanza en pre-grado".

Destacó, la importancia de una sólida

información y formación, como resultado de la enseñanza en pre-grado, pero haciendo especial hincapié en la necesidad de reconocer las numerosas fallas de que adolece actualmente la propia enseñanza y en la urgencia de cambios en los sistemas, técnicas y métodos respectivos. Asimismo, aludió a la falta de estímulos para los maestros, sin los cuales, enfatizó, la enseñanza siempre será defectuosa y precaria. La actualización de conocimientos y experiencias, expresó, deberá ser motivo de una preocupación constante que trascienda a un mejoramiento muy positivo de la enseñanza de la otorrinolaringología.

Por su parte, el Dr. Andrés Bustamante Gurría, desarrolló el tema "Enseñanza de post-grado". Se refirió a los problemas específicos actuales de la enseñanza de post-grado, los cuales habrá que superar con nuevas actitudes académicas tanto de los maestros como de los propios alumnos, pero, insistió, nunca como ahora será imprescindible estimular a quienes teniendo vocación por la enseñanza se han especializado en las correspondientes materiales de post-grado.

El Dr. Roberto Prado Pérez expresó conceptos de extraordinario interés al tratar el tema "Cirugía Plástica en Otorrinolaringología", tanto por lo que se refiere a la salud misma, como a la trascendencia que tiene en el campo social, incrementada con el extraordinario despliegue de las comunicaciones humanas y, además, hizo hincapié en los adelantos de la que cabe considerar, como una de las disciplinas de más reciente formación.

Con particular claridad expuso el tema de "Fonoaudiología" el Dr. Pedro Berruecos Villalobos. Después de referirse a las técnicas más importantes en uso, hizo mención al interés creciente en la materia y a la importancia de atender las fallas fonoaudiológicas desde la niñez.

Después de un receso, se inició el Foro II con la exposición del tema "Cirugía Reconstructiva de Nariz" por el Dr. Alejandro Flores Cordero, quien señaló, a su vez, los avances que, en su especialidad, se han venido registrando en México y en el mundo.

En realidad, sólo se presentó un solo trabajo libre: el de los Dres. Enrique del Rey Pérez Peña y Fernando de la Torre con el título "Histiocitoma de la Fosa Nasal". Ambos alternaron en la explicación de un grave problema causado por una tumoración nasal, cuya resolución alertó a los asistentes sobre las precauciones que deben tomarse en casos semejantes y la dramática responsabilidad profesional y moral que pesa sobre el otorrinolaringólogo.

En la Asamblea General se procedió a la elección de la Nueva Mesa Directiva de la Sociedad, quedando designadas las siguientes personas:

Dr. José T. Aguilera, Presidente.

Dr. Ney Chavolla Contreras, Vicepresidente.

Dr. Miguel Angel García García, Secretario.

Dra. Alicia Sosa, Tesorera.

Dr. Antonio Martínez Cardona, Primer Vocal.

Dr. Víctor Manuel Alarcón, Segundo Vocal.

Miembros de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

Dr. AGUILERA, José T.
Div. del Norte No. 2929
Coyoacán Esq. Tasqueña
Tel. 5-49-00-92 y 5-44-72-70.

Dr. ALCALA BARRIOS, Pablo
Nueva York No. 188-1
México 18, D.F.
Tel. 5-23-96-32.

Dr. ALCOCER, Humberto
Durango No. 33, 11o. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-33-29-25.

Dr. ANDRADE GALLEGOS, Rafael
Monterrey No. 147-402-A
México 7, D.F.
Tel. 5-84-26-53.

Dr. ANDRADE PRADILLO, Juan
Juan Escutia No. 79
México 11, D.F.
Tel. 5-53-29-73 y 5-53-31-15.

Dr. ANDRADE PRADILLO, Pedro
San Luis Potosí No. 44
México 7, D.F.
Tel. 5-64-65-86 y 6-74-25-27.

Dr. ARCOS GARDUÑO, Miguel A.
Av. de las Nueces No. 235 Depto. 6
México 16, D.F.

Dr. ARENAS DE LOS RIOS, Diego
Av. Revolución No. 41, Desp. 12 y 14
México 18, D.F.
Tel. 2-77-19-36, 2-71-13-86
5-48-70-02.

Dr. ARRIJOJA LIMA, Manuel
Av. 20 de Noviembre No. 79-4 1er. Piso
México 1, D.F.
Tel. 5-18-56-22.

Dr. ARROYO CASTELAZO, José A.
Tehuantepec No. 204 1er. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-64-48-20.

Dr. ARROYO CASTELAZO, Miguel A.
Tehuantepec No. 204 1er. Piso
Tel. 5-64-48-20.

Dr. ARROYO GUIJOSA, Miguel
Tehuantepec No. 204 1er. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-64-48-20.

Dr. ASCH, Jaime
Ejército Nacional No. 650-202
México 5, D.F.

Dr. AVILA LOZADA, Arturo
Bahía Magdalena No. 22
Col. Anzures
Tel. 5-45-06-72.

Dr. AZCARATE RANGEL, César
Av. Baja California No. 206-403
México 7, D.F.
Tel. 5-64-23-19 y 5-74-14-26.

Dr. AZUARA, Tomás I.
Tlacotalpan No. 51 4o. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-84-17-40 y 5-74-64-32.

Dr. BALANZARIO ROSAS, Isaías
Paseo de la Reforma No. 250-203
México 6, D.F.
Tel. 5-11-91-97.

Dr. BARAN, Noé
Hegel No. 228 5o. Piso
México 5, D.F.
Tel. 5-31-11-15

Dr. BARRON SOTO, Mario A.
Tlacotalpan No. 51-603 y 604
México 7, D.F.
Tel. 5-84-35-23 y 5-74-62-33 Ext. 103

Dr. BARRON Y SIERRA, Mario A.
Tlacotalpan No. 51-603-604
México 7, D.F.
Tel. 5-64-35-23 y 5-74-62-33 Ext. 103

Dr. BEJAR ROJAS, Ignacio
Nueva York No. 32 7o. Piso
México 18, D.F.
Tel. 5-36-41-00.

Dr. Benítez Díaz Luis
San Ramón No. 17
San Jerónimo Lidice
México 20, D.F.
Tel. 5-95-16-27 y 7-61-11-22 Ext. 1750

Dr. BERKSTEIN KANAREX, Abraham
Schiller No. 418-204
México 5-31-64-65 y 5-45-07-36.

Dr. BERRUECOS TELLEZ, Pedro
Nuevo León 135 4o. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-14-36-99.

Dr. BONILLA GONZALEZ, Oscar
Ensenada No. 97
México 11, D.F.
Tel. 5-15-64-86.

Dr. BUSTAMANTE GURRIA, Andrés
Av. Ejército Nacional No. 615 Depto. 904 y 905
Hosp. Español
Tel. 2-50-03-71 y 2-50-96-87.

Dr. BUSTAMANTE BALCARCEL, A.
Av. Ejército Nacional No. 615 Depto. 904
y 905, Hosp. Español
Tel. 2-50-03-71 y 2-50-96-87.

Dr. CAL Y MAYOR, Octavio
Av. de las Palmas No. 745-1004
México 10, D.F.
Tel. 5-40-24-92.

Dr. CAMERAS MORALES, Jorge
Tonalá No. 15-802
México 7, D.F.
Tel. 5-25-01-00.

Dr. CAMPOS, Fco. José
Medellín No. 176-A
México 7, D.F.
Tel. 5-74-38-88

Dra. CANSECO CALDERON, Ma. del Pilar
San Nicolás San Juan No. 1312-102
México 12, D.F.
Tel. 5-75-37-94.

Dr. CARRILLO, Jaime
Zacatecas No. 230-602
México 7, D.F.
Tel. 5-74-69-06 y 5-74-68-93.

Dr. CASAB RUEDA, Hugo
Palenque No. 521
México 12, D.F.
Tels. 5-75-39-56 y 5-59-73-23.

Dr. CASTILLO PALACIOS, E.
Amsterdam No. 296
México 11, D.F.
Tel. 5-74-41-53.

Dr. CORDOVA SOLIS, Arturo
Av. del Taller Retorno 18 No. 19
México 9, D.F.
Tel. 5-52-54-71.

Dr. CORVERA BERNARDELLI, Jorge
Durango No. 49 902 9o. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-33-60-04.

Dr. CULEBRO CARRERI, Enrique
Sinaloa No. 76 3er. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-11-52-87.

Dr. CURIJOA KARANA, Elias
Rumanía No. 908 Bis
México 13, D.F.
Tels. 5-32-56-14 y 5-39-80-74.

Dr. CHAVOLLA CONTRERAS, Ney
Gelati No. 109
México 18, D.F.

Dr. DELGADO FALFARI, Andrés
Ejército Nacional 613-801
México 5, D.F.

Dr. DEUTSCH REISS, Ernesto
Homero No. 411 8o. Piso
México 5, D.F.
Tels. 5-31-76-83 y 5-31-49-23.

Dr. DURAN TORRES, Salvador
Insurgentes Sur No. 453 112-114
México 18, D.F.
Tel. 5-64-81-26.

Dr. ELLINGHAUS PFISTER, Kurt
Eugenio Sué No. 355
México 5, D.F.
Tel. 5-45-70-60.

Dr. ESPINOSA RUIZ, José de Jesús
Av. Revolución No. 468 Desp. 203
México 18, D.F.
Tel. 5-15-00-25.

Dr. ESQUIVEL MEDINA, Eligio
Sinaloa No. 10-403
México 7, D.F.
Tel. 5-11-10-89.

Dr. ESTRADA ARVIDE, Francisco.

Dr. FAJARDO ARROYO, Juan
Manuel Gutiérrez Nájera No. 446
México 8, D.F.
Tel. 5-52-34-52.

Dr. FIGUEROA GARCIA, Leopoldo.

Dr. FARIAS ALVAREZ, Oscar
Protasio Tagle No. 105 Tacubaya
México 18, D.F.
Tels. 5-16-49-31 y 5-16-00-30.

Dr. FERNANDEZ POSADA, Manuel
Durango No. 296-201
México 7, D.F.

Dr. FLORES CORDERO, Leandro
Av. Ejército Nacional 615 Depto. 904 y 905
México, D.F. (Hosp. Español).
Tels. 2-50-03-11 y 2-50-96-87.

Dr. FOZE ABBUD, Neme
Insurgentes Sur 682-105
México 12, D.F.

Dr. GALLEGOS GUTIERREZ, José
Insurgentes Sur No. 590 3er. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-43-75-94.

Dr. GALLEGOS RUEDA, Francisco.

Dr. GANEM HELU, José
Guanajuato No. 100-202
México 7, D.F.
Tel. 564-98-61.

Dr. GARCIA CASTAÑEDA, Máximo
Hegel No. 120 5o. Piso
Tels. 5-31-79-82 y 5-31-80-89.

Dr. GARCIA DE LEON C., Francisco
Justino Fernández No. 13
San Miguel Chapultepec
México 5, D.F.
Tel. 5-33-07-60.

Dr. GARCIA PALMER, Rafael
Hegel No. 120 5o. Piso
México 5, D.F.
Tels. 5-31-79-82 y 5-31-80-89.

Dr. GIORGANA, Rafael
Tehuantepec No. 86-101
México 7, D.F.
Tels. 5-64-77-82 y 5-64-77-71.

Dr. GONZALEZ RENTERIA, Luis
Monterrey No. 47 1o. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-28-62-67.

Dr. GONZALEZ RIVAS, Rafael
Tonalá No. 79 1er. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-33-07-60.

Dr. GONZALEZ SALAS, José Luis
Arista No. 24
México 3, D.F.
Tel. 5-35-00-27.

Dr. GONZALEZ ULLOA, Mario
Tuxpan No. 25 7o. Piso
México 7, D.F.
Tels. 5-74-15-84 y 5-64-56-00.

Dr. GORTARI CARBAJAL, Eduardo
Bucareli No. 1811
México 1, D.F.
Tel. 5-35-07-98.

Dr. GORTARI GOROSTIZA, Eduardo
Zacatecas No. 40-221
México 7, D.F.

Dr. GRANADOS EGUIA, Miguel
Plaza de los FF.CC. No. 11 3er. Piso
México 4, D.F.
Tels. 5-46-81-84 y 5-45-38-38.

Dr. GROBEISEN ROUDY, Bernardo
Av. Homero 425 Edif. B 2o. Piso
México 5, D.F.
Tels. 5-31-39-63 y 5-45-98-32.

Dr. GUTIERREZ BRINGAS, Gabriel
Progreso No. 13-6
México 18, D.F.

Dr. GUTIERREZ INZUNZA, Alfonso
Guillermo Prieto No. 4
México 4, D.F.
Tels. 5-46-17-12 y 5-46-67-61.

Dr. GUTIERREZ MARCOS, José A.
Callejón de la Escondida No. 53
Coyoacán
México 21, D.F.
Tel. 5-54-90-60.

Dr. GUTIERREZ MONTESINOS, A.
Av. Circunvalación Pte. No. 53
Esquina Circuito Oradores
Ciudad Satélite.

Dr. HERNANDEZ DIAZ Raúl
Av. Sta. Lucia No. 67
Col. Olivar del Conde
México 19, D.F.
Tel. 6-51-30-40.

Dr. HERNANDEZ GORIBAR, Mariano
Av. Alvaro Obregón No. 286-101
México 7, D.F.
Tel. 5-25-23-31.

Dr. HERNANDEZ OROZCO, Francisco
Av. Baja California No. 196-902
México 7, D.F.
Tels. 5-64-06-43 y 5-64-43-45.

Dr. HERNANDEZ VALENCIA, Guillermo
Latacunga No. 705 4o. Piso
Col. Lindavista
México 14, D.F.
Tel. 5-86-69-31.

Dr. IRANZO VOLPI, Jaime
Monterrey No. 104-106
México 7, D.F.
Tel. 5-25-39-68.

Dr. IRIGOYEN SALGADO, Rodolfo
Norte 19 No. 5284
Col. Residencial Vallejo
México 14, D.F.
Tel. 5-87-09-53.

Dr. JIMENEZ RAMOS, Eduardo
Trujillo No. 672-206
Col. Lindavista
México 14, D.F.
Tel. 5-86-42-80.

Dr. KUME OMINE, Masao
Durango No. 355 6o. Piso
México 7, D.F.
Tels. 5-11-00-73 y 2-86-15-00.

Dr. LA PARRA, Eduardo de
Durango No. 33 11o. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-28-73-44.

Dr. LAGUARDIA CAMPAÑA, Enrique
Tlacotalpan No. 109-302
México 7, D.F.
Tel. 5-74-62-18.

Dr. LEE KIM, Manuel
Vértiz No. 1157
México 13, D.F.
Tels. 5-75-31-41 y 5-75-35-64.

Dr. LEVY PINTO, Samuel
Av. de las Palmas No. 745 1o. Piso
México 10, D.F.
Tel. 5-20-13-20.

Dr. LLAMA LINDSEY, Ricardo
Galveston No. 48-2
México 18, D.F.

Dr. LOPEZ ATRISTAIN, Manuel
Zacatecas No. 44 2o. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-64-90-44.

Dr. LOPEZ INFANTE, Fausto
Rio Bamba No. 800
México 14, D.F.
Tels. 5-86-06-24 y 5-86-52-66.

Dr. LOPEZ RIOS, Guillermo
Sur No. 127 No. 16
Col. Sta. Isabel
México 13, D.F.
Tels. 5-82-35-94 y 5-33-60-04.

Dr. LOPEZ Y LOPEZ, Manuel
Zacatecas No. 44
México 7, D.F.
Tel. 5-64-90-44.

Dr. MACIAS J., Benjamin
Hegel No. 120 5o. Piso
México 5, D.F.
Tels. 5-31-79-82 y 5-45-28-39.

Dr. MADARIAGA RANGEL, Benito
Tonalá No. 178 3er. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-74-32-62.

Dr. MAGAÑA RIVERO, Alberto
Constituyentes 1064
México 10, D.F.
Tels. 5-70-37-13 y 5-70-37-69.

Dr. MANDUJANO VALDES, Mario A.
Av. de las Palmas No. 745 1er. Piso
México 10, D.F.
Tels. 5-20-37-01 y 5-86-77-40.

Dr. MARQUEZ GUARNEROS, Filadelfo
Av. San Antonio No. 179-401
México 18, D.F.
Tel. 5-36-66-27.

Dr. MARTINEZ GALLARDO, Francisco
Calderón de la Barca No. 359 1er. Piso
México 5, D.F.
Tels. 5-69-19-94 y 5-31-32-20.

Dr. MEDINA ESPINOSA, Ranulfo
Benito Juárez No. 101 Hortencias No. 6
México 22, D.F.
Tel. 2-86-05-95.

Dr. MELENDEZ G., Fernando
Mariano Escobedo No. 536
México 5, D.F.
Tel. 5-45-93-31.

Dr. MEJIA PEREZ ROBERTO
Durango No. 245 Desp. 604
México 7, D.F.
Tel. 5-14-50-78.

Dr. MERELES DEL VALLE, Raúl
Guanajuato No. 224-604
México 7, D.F.
Tel. 5-84-50-63.

Dr. MINGRAMM CAMARGO, Rubén
Gelati No. 29
México 18, D.F.
Tels. 5-16-85-80 y 2-77-59-99.

Dr. MIRANDA CASTELLANOS, Pedro
Prolongación Anaxágoras No. 1419
México 13, D.F.
Tel. 5-75-72-91.

Dr. MOJICA ROA, Manuel
Rancho El Encanto No. 26
Fracc. Sta. Cecilia
México 13, D.F.
Tel. 5-64-52-11.

Dr. MONROY ENRIQUEZ, Heriberto
Frambuesa No. 82
México 16, D.F.
Tel. 5-56-66-82.

Dr. MONTES DE OCA F., Eduardo
Herschel No. 152 Esq. Kelvin
México 5, D.F.
Tels. 5-45-74-40 y 5-60-52-49.

Dr. MORALES BALANZA, José Noé
Retorno 13 Edif. 30 Ent. B Depto. 6
México 9, D.F.
Tel. 5-71-82-52.

Dr. NAVARRETE TIBURCIO, Adalberto
Taxqueña No. 1818 Casa 26-B
México 21, D.F.
Ejército Nacional No. 650-202

Dr. NURKO BERKOVICH, Boris
México 5, D.F.
Tel. 5-45-15-35.

Dr. OBERHAUSER MARQUEZ HOYOS J.
Calzada de Tlalpan No. 1314
México 13, D.F.
Tels. 5-39-46-39 y 5-39-82-23.

Dr. OLVERA OLVERA, Rodolfo
División del Norte No. 3212
México 12, D.F.
Tel. 5-49-60-04.

Dra. OROZCO ZAMARRIPA, Herlinda
Cerrada de Orizaba No. 1
México 7, D.F.

Dr. ORTEGA DOMINGUEZ, Ignacio
Insurgentes Sur No. 724-700
México 12, D.F.
Tels. 5-43-19-31 y 5-23-29-64.

Dr. ORTIZ JARA César
Sta. Ma. la Ribera No. 108-1
México 4, D.F.
Tel. 5-47-08-41.

Dr. PACCHIANO CAO, Rafael
Amores No. 26
México 12, D.F.
Tels. 5-23-67-80 y 5-23-34-15.

Dr. PERALTA VALDES, Héctor
Tres Cruces No. 99
México 21, D.F.
Tel. 5-54-61-32.

Dr. PEREZ ARAGON, Angel
Insurgentes Sur. No. 1783 3er. Piso
México 12, D.F.
Tel. 5-24-03-79.

Dr. PEREZ FUENTES, Ernesto
J. García Icazbalceta No. 78
México 4, D.F.
Tel. 5-46-24-16.

Dr. PEREZ HERRERA, Raúl
Amberes No. 38 4o. Piso
México, D.F.
Tel. 5-14-63-60.

Dr. PRADO ABARCA, Alejandro
Durango No. 33 11o. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-28-73-44.

Dr. QUIROZ TORRES, Guillermo
Durango No. 290 4o. Piso
México 7, D.F.
Tel. 2-86-24-74.

Dr. RAMIREZ CALDERON A.
Durango No. 50 Bis 5o. Piso
México 7, D.F.
Tels. 5-33-58-00 y 5-49-48-50.

Dr. RAMIREZ OJEDA, Héctor
Guanajuato No. 224-603
México 7, D.F.
Tels. 5-84-50-63 y 5-64-82-03.

Dr. REBOLLEDO VERGARA, B.
Tonalá No. 15 7o. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-25-01-00 y 5-28-86-84.

Dr. REBOLLEDO VALES, José T.
Medellín No. 43-703
México 7, D.F.
Tel. 5-11-75-88.

Dr. REINKING, Federico
Blvd. Cervantes Saavedra No. 625;
México 10, D.F.
Tel. 5-57-29-33.

Dr. REY PEREZ PEÑA, Enrique del
Insurgentes Sur No. 813-083
México 7, D.F.

Dr. REYES MONTES DE OCA, Armando
Tuxpan No. 16-502
México 7, D.F.
Tel. 5-64-70-32.

Dr. REYES RODRIGUEZ, Federico
Zacatecas No. 230-203
México 7, D.F.
Tels. 5-74-45-89 y 5-43-24-94.

Dr. REYES TAFOYA, Rafael
Encuadernadores No. 7
México 2, D.F.
Tel. 5-89-08-49.

Dr. REYNOSO Y DELGADO, Victor M.
Av. Insurgentes Sur No. 1650
Desp. 406
México 20, D.F.
Tel. 5-24-26-39.

Dr. RICO SANCHEZ, Fco. Fausto
Tabasco No. 294 3er. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-11-03-94.

Dr. RIVERA CAMACHO, Rafael
Paseo de la Reforma No. 403-406
México 5, D.F.
Tel. 6-33-69-26.

Dr. RODRIGUEZ ALCARAZ, Antonio
Baja California No. 255-B 701
México 11, D.F.
Tel. 5-74-33-29.

Dr. RODRIGUEZ SUAREZ, Fco. Javier

Dr. RODRIGUEZ VILLEGAS, Adalberto
Topacio No. 159-1
México 1, D.F.
Tel. 5-42-10-06.

Dr. ROLDAN POSADA, Daniel
Cerrada del Risco No. 114
México 20, D.F.
Tel. 5-68-27-64.

Dr. ROMERO FERNANDEZ, Fernando
Manzanillo No. 122-103
México 7, D.F.
Tel. 5-64-11-25.

Dr. ROMERO MARTINEZ, Roberto
Albert No. 4
México 13, D.F.
Tel. 5-32-73-12.

Dr. ROMERO RODRIGUEZ, Ramón
Durango No. 355 6o. Piso
México 7, D.F.
Tels. 5-11-00-73 y 5-11-15-61.

Dr. ROSAL SIGLER, Rolando del
Insurgentes Sur 1862 9o. Piso
México, D.F.
Tel. 5-24-45-46.

Dr. ROSETE PEREZ, Samuel
Tuxpan No. 16 4o. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-84-76-55.

Dr. RUENES FERNANDEZ, Ramón
Durango No. 90 10o. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-11-88-11.

Dra. SALDAÑA ALFARO, Guillermina
Av. 20 de Noviembre 82 1er. Piso
México 1, D.F.
Tel. 5-42-39-24.

Dra. SALDIVAR GARZA, Lilia
Torre Uxmal No. 7
Unidad Independencia
México 20, D.F.
Tel. 5-95-28-79.

Dr. SHUBICH NEIMAN, Isaac
Amsterdam 124-703
México 11, D.F.
Tel. 5-53-49-35.

Dr. SMOLER BERKOVSKY, José
Paseo de la Reforma No. 403-406
México 5, D.F.
Tel. 5-33-69-26.

Dr. SODA MERHY Antonio
Insurgentes Sur No. 318-201
México 7, D.F.

Dr. SOMONTE ALTAMIRA, Rafael
Durango No. 49 9o. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-33-60-04.

Dr. SORIANO Y RODRIGUEZ, Juan G.
Tepic 139 Desp. 602
México 7, D.F.

Dr. TAPIA ACUÑA, Ricardo
Insurgentes Sur No. 300-714.
México 7, D.F.
Tel. 5-74-47-78.

Dr. TARASCO CAMINO, Severino
Protasio Tagle No. 105
México 18, D.F.
Tel. 5-16-49-41.

Dr. TELLO CORDERO, Agustin
Tabasco No. 294 3er. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-11-03-94.

Dra. TIJERINA DE SANCHEZ, Leticia
Linaloe No. 6 Esquina Pirul
México 4, D.F.
Tel. 5-83-81-03.

Dr. TIRADO MARIN, Rafael
Edison No. 184 Depto. 210
México 4, D.F.

Dra. TORRES COURTNEY, Gabriela
Cerrada de Tlaxcala No. 12
México 7, D.F.
Tel. 5-64-34-68.

Dr. VALENZUELA ESQUERRO, Carlos
Petrarca No. 322-1
México 5, D.F.
Tel. 5-45-26-93.

Dra. TREJO RAYON, Silvia
Lomas de Anáhuac No. 32
México 19, D.F.
Tel. 5-93-24-93.

Dr. VALENCIA GUTIERREZ, César
Priv. Lago No. 61-A-4
México 13, D.F.
Tel. 5-32-63-00

Dr. VAQUERO S., Luis
Maestro Antonio Caso No. 150
México 4, D.F.
Tel. 5-35-52-56

Dr. VAZQUEZ PALACIOS, Adolfo R.
Casas Grandes No. 5 Depto. 402
Col. Narvarte
México 12, D.F.
Tel. 5-38-68-93.

Dr. VERA MARTINEZ, Víctor E.
Joaquín Herrera No. 70
México 2, D.F.
Tel. 5-29-68-41.

Dr. VILAR CANALES, Pelayo
Durango No. 49 8o. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-11-29-16.

Dr. VILAR PUIG, Pelayo
Durango No. 49 8o. Piso
México 7, D.F.
Tel. 5-11-29-16.

Dr. VILLANUEVA, Ricardo
Av. Juárez No. 145-7
México 1, D.F.
Tel. 5-46-23-12.

Dr. VILLAR, Ramón del
Amsterdam No. 295
México 11, D.F.
Tel. 5-74-42-62.

Dr. VIVAR MEJIA, Gustavo
Monterrey No. 172-403
México 7, D.F.
Tel. 5-74-03-25.

Dr. ZAPATA ZAMORA, Adolfo Jesús
Zuluaga No. 25-C
México 13, D.F.

Dr. ZARAGOZA HERNANDEZ, Alvaro
Margaritas 353-J
México 20, D.F.
Tel. 5-32-11-14.

Dr. ZEPEDA DIAZ, Ismael
Catipoato No. 11
México 22, D.F.
Tel. 5-73-56-74.

México, D.F.
1o. de abril de 1979.

TRABAJOS QUE APARECERAN EN EL PROXIMO NUMERO

Búsqueda de células del sistema APUD en glándulas salivales.
L. Benítez-Bibriesca y col.

Descompresión del nervio facial. Análisis de 25 casos.
A. Soda-Mehry y cols.

Implante submucoso de tejido conectivo en la rinitis atrófica
A. González-Romero

Otoesclerosis juvenil. Tratamiento médico frente al quirúrgico
Dra. L. Tijerina de Sánchez y cols.

Amiloidosis laríngea. Segunda parte.
P. Vilar

Ficomicosis rinorbitaria. Presentación de un caso.
M. Barrón y cols.

INSTRUCCIONES A LOS COLABORADORES

1. **Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología** publicará de preferencia los trabajos originales y casos clínicos, simposia, mesas redondas, etc., que se sustenten en las Sesiones Científicas de la Sociedad o que se presenten en el Congreso Nacional anual. Asimismo publicará la colaboración expresamente solicitada por la Redacción, o que le sean enviadas espontáneamente. Se invita muy especialmente a los miembros de Academias, Asociaciones, Colegios y Sociedades científicas, nacionales o extranjeras, a que envíen sus colaboraciones.

2. Las colaboraciones deben ser inéditas y el o los autores deben comprometerse a no publicarlas en otras revistas sin autorización expresa de los **Anales**. El autor es el único responsable de las aseveraciones científicas o de otra índole que se hagan en su artículo.

3. Los trabajos originales seguirán los siguientes lineamientos: introducción con la justificación del trabajo; material y métodos usados; resultados obtenidos; comentario (discusión); conclusiones, resumen y bibliografía.

La redacción debe ser concisa y no contener exposiciones de datos conocidos. Estarán redactados en español y de acuerdo con las normas de la Academia de la Lengua Española y del Diccionario Médico de Cardenal. Se evitará el uso de palabras extranjeras, cuando exista el equivalente en español. El autor debe aceptar las correcciones gramaticales que le sean hechas por corrector competente y aprobadas por la Redacción.

4. En las comunicaciones de los casos clínicos se tomarán en cuenta los siguientes puntos: revisión de casos publicados; exposición del caso; comentario comparativo, resumen y bibliografía.

5. El Consejo de Redacción podrá aceptar otros tipos de colaboraciones, que no se sometan a estos lineamientos, tales como: las puestas al día de un tema, las aportaciones teóricas, las hipótesis de trabajo, los temas socioeconómicos o educativos, etc.

6. Cada colaboración deberá acompañarse de un resumen no mayor de 150 palabras, en español y la correspondiente traducción inglesa. Si el autor no desea enviar la traducción, ésta correrá a cargo de la Redacción.

7. Todas las medidas que se citen deberán corresponder a los sistemas: Métrico Decimal, C.G.S., M.K.S.A. (metro, kilogramo, segundo, amperio) o al S.I. (Sistema Internacional de Unidades) o a cualquiera de las unidades basadas o fundamentadas en los sistemas citados y aceptadas por los diversos organismos internacionales. Quedan formalmente excluidos los sistemas de pesas y medidas usados en los países anglosajones (pulgadas, yardas, libras, grados Fahrenheit, etc.).

8. La bibliografía se ordenará de acuerdo con las citas en el cuerpo del artículo. No se utilizarán las órdenes alfabético ni el cronológico. Cada cita bibliográfica debe incluir necesaria y precisamente en el orden que exponemos: (1) apellido o apellidos del autor, seguidos de la inicial de su nombre propio, (2) título completo del trabajo en su idioma original, (3) nombre de la revista utilizando la abreviatura del Quarterly Cumulative Index Medicus, (4) número del volumen, en números arábigos, (5) números inicial y final de las páginas del artículo, separadas por un guión y a su vez separados de la cifra del volumen por dos puntos y (6) año de la publicación. Si se trata de libros, los datos serán los siguientes: (1) apellido o apellidos del autor, seguidos de la inicial de su nombre propio, (2) título, (3) nombre de la editorial, (4) lugar de la publicación y (5) año de la misma.

9. Las colaboraciones deben venir escritas en papel blanco tamaño carta, por una sola cara, a doble espacio, con máquina de tipo "standard", de tal manera que una línea corresponda a 72 caracteres, contando espacios y puntuación. Se enviará el original y dos copias.

10. Las figuras, tablas, fotografías, etc., se enviarán en tamaño postal, se colocarán fuera del texto, cada una por separado en una sola página, con el correspondiente pie, precedido del número de la figura, cuadro, etc.

11. Los trabajos aceptados se clasificarán por riguroso turno de recepción y se comunicará al autor, por escrito, su aceptación. En los casos en que se sugieran modificaciones que sobrepasen las estrictas correcciones ortográficas o gramaticales, se consultará previamente con el autor. La redacción no está obligada a dar ninguna explicación por la no aceptación de una colaboración. En este caso, devolverá al autor los originales, quedándose en posesión de una de las copias.

12. El único conducto para la entrega de trabajos, es el envío al Director, por correo certificado o la entrega personal al mismo. La Dirección no se hace responsable de las colaboraciones enviadas por cualquier otro conducto.

13. Los gastos ocasionados por los clichés de las ilustraciones, cuando sobrepasen el número de cuatro, correrán por cuenta de los autores. Si desean separatas, deben manifestarlo previamente por escrito y enviar de inmediato el importe que se les comunique.

14. Las cartas al Director para ser publicadas en la sección correspondiente, pueden enviarse siempre que se trate en ellas de temas médicos y de preferencia ORL. No deben exceder de una cuartilla mecanografiada.

15. Se ruega a los miembros de la Soc. Mex. de ORL, que nos envíen notas de eventos locales, personal o sociales que crean de interés general.