

BIBLIOGRAFIA

1. KÜLZ, E.—Beitr. zur Pathol. un Ther. des Diabetes, 130, 1874.
2. MINKOWSKI.—Über Diab. Mell., 77, 1893.
3. TESCHEMACHER.—Zur Behandl. des Diab. Mell., Mü. m. W., 251, 1897.
4. OEFELF.—Was is ziebelwusste Diabetestherapie D. Z., 1902.
5. NAUNYN, BOHLAND y PALMA.—Citados por Von Noorden Metabolism and Practical Medicine, tomo III, 573, 1907.
6. VON NOORDEN, CARL.—Metabolism and Practical Medicine, tomo III, 1907.
7. MAYER, A. y GUERBERT, A. J.—Ver COUSIN y FAGON: Bull des Travaux de la Societé de Pharmacie de Bordeaux, 3, 161, 1937.
8. SACKI, F.—Ueber die Therapeutische Anwendung von Invertzucker (Calorose), Insbesondere bei Nerzkrankheiten, Deutsche Med. Wehnschr., 48, 1, 276, 1922.
9. SCHWARTZ, A.—Consideratiuni asupra oxigenarti cordului (anoxemie, hyposemie) si terapia prin hidrocarbonate (Roburose), Medicina Romaenasca in Clinica si Laborator, 8, 1, 1939.
10. KERR, S. E. y PAULY, R. J.—Invert Sugar as substitute for Glucose in intravenous Therapy. Surg. Gynec. & Obst., 744, 925, 1942.
11. DE JONG, J. G. y KEULEMANS, N.—The preparation of Loco "Calorose". Pharm. zeut. Weebald., 67, 1, 299, 1930.
12. COUSIN y FAGON.—Invert Sugar Therapy. Abstract in Pharm. J., 139, 214, 1937.
13. BANTING, F. G. y BEST, C. H.—J. Labor. Clin. Med., 7, 251, 1922.
14. FOLIN y WU.—J. Biol. Chem., 41, 367, 1920.
15. DURÁN QUEVEDO, T., y cols.—Scientific Report Series número 1. University Press. La Habana, 1946.
16. DURÁN QUEVEDO, T., y cols.—Comunicación personal, 1955.
17. HOPKINS, R. H.—Bioch. J., 25, 245, 1931.
18. GOTTSCHALK, A.—Aust. J. Exp. Biol., 21, 133, 1943.
19. GOTTSCHALK, A.—Aust. J. Exp. Biol., 21, 139, 1943.
20. GOTTSCHALK, A.—Aust. J. Exp. Biol., 22, 291, 1944.
21. GOTTSCHALK, A.—Aust. J. Exp. Biol., 23, 261, 1945.
22. GOTTSCHALK, A.—Aust. Bioch. J., 41, 276, 1947.
23. SUOMALAINEN, H. y TOIVENEN, T.—Arch. of Biochem., 18, 109, 1948.
24. WEINSTEIN, J. J.—M. Ann. District of Columbia, 19, 179, 1950.
25. WEINSTEIN, J. J.—Ann. West. Med. and Surg., 4, 373, 1950.
26. WEINSTEIN, J. J.—Lab. and Clin. Med., 38, 70, 1951.
27. WEINSTEIN, J. J. y LANE, G. F.—M. Ann. District of Columbia, 20, 186, 1951.
28. WEINSTEIN, J. J. y ROE, J. H.—J. Labor. and Clin. Med., 40, 39, 1952.
29. DURÁN QUEVEDO, T.—Observaciones personales, 1950-52 (no publicadas).
30. DURÁN QUEVEDO, T., y cols.—Abstr. Com. Inter. Physiol. C., 307, Bruxelles, 1956.
31. STADIE, W. C.—Physiol. Rev., 34, 52, 1954.
32. ADVANCES IN CARBOHYDRATE CHEMISTRY, VII, 54 y 56, 1952. Academic Press, N. Y.
33. STAUB, A. y VESTLING, C. S.—J. Biol. Chem., 191, 395, 1951.
34. WEBER, H. H. y PORTZEHL, H.—Progr. Biophys. Biophys. Chem., 4, 60, 1954.
35. DURÁN QUEVEDO, T., y cols.—Revista Cubana de Laboratorio Clínico, 2, 336, 1948.
36. DURÁN QUEVEDO, T., y cols.—Scientific Report Series número 2. University Press. La Habana, 1948.
37. MILLER, MAX; DRUCKER, WILLIAMS; OWENS, J. E., CRAIG, JAMES W. y WOODWARD, Jr., H.—J. Clin. Invest., 31, 115, 1952.
38. HAGERMAN, DWAIN, VILLÉE y CLAUDE, A.—J. Clin. Invest., 31, 911, 1952.
39. DURÁN QUEVEDO, T., y cols.—Abst. Com. Inter. Physiol. C., XIX, 321, Montreal, 1953.
40. SMITH Jr., L. H., ETTINGER, R. H. y SELIGSON, D.—J. Clin. Invest., 32, 273, 1953.
41. DURÁN QUEVEDO, T.—Comunicaciones personales, 1950-56.
42. RECENT ADVANCES IN CARBOHYDRATE, VII, 56, 1952. Academic Press, N. Y.
43. DURÁN QUEVEDO, T., y cols.—I Reunión de la Asociación Latino-Americana de Ciencias Fisiológicas. Resúmenes de trabajos, pág. 68. Montevideo, 1957.
44. DURÁN QUEVEDO, T.—Observaciones personales, 1950-57.
45. LEVINE, R.—Comunicación a la Sugar Research Foundation. Ten Years of Research, 1943-1953.
46. CHERNICK, S. S., CHAIKOFF, I. L. y ABRAHAM, S.—J. Biol. Chem., 193, 793, 1951.
47. BAKER, N., CHAIKOFF, I. L. y SCHUSDEK, S.—J. Biol. Chem., 194, 435, 1952.
48. DURÁN QUEVEDO, T. y DE JONGH, D.—Bases fisiológicas para el tratamiento de la diabetes. Folleto. Universidad de Oriente, 1952. Traducido al inglés: Physiological Basis for the Treatment of Diabetes. University Press. La Habana, 1954. Reimpreso: Memorias de las Asambleas Nacionales de Cirujanos de Méjico, 3, 27, 1954. Boletín del Colegio Médico de La Habana, 5, 167, 1954.
49. DURÁN QUEVEDO, T.—Acta Endocrinológica Cubana, 1, 67, 1953.
50. DURÁN QUEVEDO, T.—Acta Endocrinológica Cubana, 1, 23, 1953.
51. DURÁN QUEVEDO, T.—Acta Endocrinológica Cubana, 2, 63, 1954.
52. DURÁN QUEVEDO, T.—Revista de Cirugía, 7, 207, Méjico, 1956.
53. WHITTLESEY, PH. y ZUBRED, C. G.—J. Pharmacol., 110, 226, 1954.
54. DURÁN QUEVEDO, T., y cols.—Observaciones publicadas en el niño y en el adulto diabéticos. Desde 1954 a 1958.
55. EDITORIAL.—J. A. M. A., 160, 876, 1956.
56. SOMOGYI, M.—J. Biol. Chem., 160, 62, 1945.
57. NELSON, N.—J. Biol. Chem., 153, 376, 1944.
58. HIGASHI, A. y PETERS, L.—J. Lab. & Clin. Med., 35, 475, 1950.

SUMMARY

The writer reports his personal experience in the treatment of over 1,500 diabetics by a regimen based on levulose (fruit), saccharose and galactose and poor in glucose and starch. The results are extremely good; insulin requirements are decreased and ketosis and the cases of so-called labile diabetes are not seen.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor bespricht seine persönliche Erfahrung in der Behandlung von über 1.500 Diabetikern unter Anwendung einer Kostform, die wesentlich aus Lävulose (Früchte), Saccharose und Galaktose bestand und arm an Glukose und Stärkegehalt war. Die Erfolge waren sehr günstig, der Insulinbedarf nahm ab und die Ketonanfälle, sowie die sogenannte labile Diabetes verschwand.

RÉSUMÉ

L'auteur expose son expérience personnelle sur le traitement de plus de 1500 diabétiques avec un régime à base de lévulose (fruits), saccharose et galactose et pauvre en glucose et amidons. Les résultats son très bons, diminuant les besoins d'insuline et disparaissant les accidents cétoniques ainsi que les dites diabètes labiles.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA SORDERA POR PLATINOSTOMIA, PLATINOTOMIA, PLATINOFISURA Y PLATINECTOMIA

TÉCNICAS Y RESULTADOS (*).

E. SCOLA.

Madrid.

Los tratamientos quirúrgicos de la sordera por acciones sobre el estribo fueron los primeros que se realizaron en cofocirugía ya en el siglo pasado, pero fueron rápidamente abandonados ante la serie de fracasos a que esta vía daba lugar y la técnica quirúrgica se localizó sobre el conducto semicircular externo, practicándose diferentes tipos de fenestración, siendo esta téc-

(*). Comunicación presentada en la Sociedad de ORL, de los Hospitales de Madrid, el día 26 de marzo de 1958.

nica la única que hasta hace cinco años se verificaba con unos éxitos realmente incuestionables.

En 1952, ROSEN volvió a dar vida e impulso a la técnica de movilización del estribo, presentando primero su técnica indirecta, consistente en practicar la movilización del estribo anquilosado por presiones sobre el cuello del estribo, y en 1955 presentó la técnica directa de movilización por liberación de la anquilosis sobre los propios bordes de la platina, con lo que mejoraba el porcentaje de recuperaciones.

En octubre de 1955 presentamos en la Reunión Anual de la Sociedad Española de ORL la primera comunicación sobre este tema, y una serie de enfermos recuperados, por primera vez en España, en la sesión del 21 de enero de 1956 en la Academia Médico-Quirúrgica de Madrid.

Desde esa época esta técnica, con sus resultados, ha conseguido vencer la indiferencia inicial, y hoy nadie, seriamente, puede poner en duda su valor.

De las recuperaciones que se obtenían al principio, un 33 por 100, a las que actualmente se obtienen, 80 por 100, media una gran distancia que esta cirugía ha logrado alcanzar en su corta vida en ésta su segunda época.

Las críticas que en un principio se hicieron a estas técnicas por parte de muchos otólogos se debilitaron, al paso de que aparecían comunicaciones en casi todas las revistas científicas del mundo confirmadoras de los éxitos que señalaban los primeros trabajos de ROSEN y de todos los demás que creímos en sus posibilidades y desde los primeros momentos trabajamos con pasión y objetividad en su desarrollo.

En el momento actual tenemos, por lo tanto, ya dos técnicas efectivas y, a mi juicio, establecidas para el tratamiento quirúrgico de la otosclerosis y otras sorderas de transmisión, que son la fenestración del conducto semicircular externo y la movilización del estribo.

En la actualidad, un nuevo tipo de intervención atrae el interés científico del mundo otológico: se trata de las técnicas de fenestración directa de la platina, que apuntan posibilidades de recuperación evidentes en un buen número de casos.

Como dice BASTERRECHEA, al aparecer ante el público la técnica de movilización del estribo se desmesuró sobre su eficacia y la intervención fué realizada frecuentemente con indicaciones erróneas, lo que ha supuesto sin duda un fuerte obstáculo, pero que, sin embargo, ha sido superado por la técnica por su extraordinaria eficacia, hoy generalmente admitida. Por lo tanto, al presentar este primer trabajo en esta Sociedad de ORL, quiero ante todo señalar que lo que presento es el estado actual de este problema con algunas opiniones de consideración y, sobre todo, el resultado de un trabajo personal, que no puede tener el título de definitivo, sino que por el contrario, las conclusiones, si es que las puede haber, tienen un carácter transitorio que

el tiempo y las aportaciones de los demás compañeros podrán convalidar parcial o totalmente.

Como antecedentes de esta comunicación he hablado en varios trabajos sobre algunos puntos de este tema. Hace un año tuve el honor de presentar en esta Sociedad la técnica de fenestración promontorial; en Salamanca, en el mes de junio del pasado año, con ocasión del Congreso Nacional de ORL, también presenté un trabajo, que se refería en parte a este tema, pero por desgracia y por razones ajenas a mi voluntad aún no han aparecido los trabajos de ese Congreso, con la consiguiente pérdida de actualidad, sobre todo en problemas como el de la cirugía de la sordera, que están en franca evolución.

De todas formas, en esta ocasión presento este tema, orientado directamente sobre la platina, basado en el estudio de más de 100 casos, en los que desde hace tres años se realizaron diferentes técnicas de perforación platinar.

En el último tercio del pasado siglo se practicaron extracciones totales de la platina, o solamente de parte ella, por diferentes autores; pero el éxito, cuando lo hubo, fué solamente momentáneo, lo cual no es raro dadas las condiciones técnicas y clínicas en las que se practicaron aquellas intervenciones. Olvidadas estas técnicas sobre el estribo, ha sido mérito extraordinario de G. CORNELLI, de Milán, el intuir la posibilidad de recuperar por esta vía a los sordos y su presentación de técnicas de platinectomía y platinotomía a partir de 1948. Los trabajos de este autor no llamaron la atención, pero a él se debe la iniciación de este nuevo camino de la cirugía de la sordera.

Entendemos por platinofisura la práctica de una solución de continuidad lineal sobre la platina de forma lineal y que puede ser vertical, horizontal o la combinación de varias fisuras, adoptando una imagen estrellada.

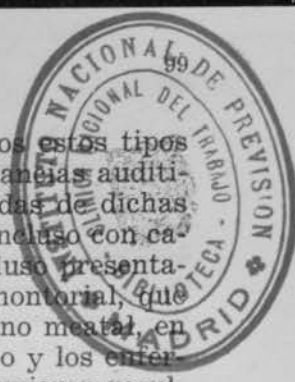
La platinostomía se trata de la técnica quirúrgica consistente en practicar una pequeña ventana sobre la platina, de forma circular, y de un diámetro aproximadamente inferior a un milímetro.

Si la ventana platinar es superior al milímetro de diámetro, definimos a esta técnica como platinotomía, es decir, se trata de la eliminación de una parte considerable de la platina anquilosada.

Platinectomía es la intervención por la que se extirpa completamente la platina del estribo como tratamiento quirúrgico de la sordera.

Hemos querido señalar las características fundamentales de las cuatro técnicas con el fin de tener un punto de referencia científica, pero fácilmente se comprende la dificultad que representa el poder encasillar perfectamente a todas las técnicas de fenestración platinar.

Ha sido un mérito extraordinario el de CORNELLI, el de presentar por primera vez, después de cincuenta años de abandono, las técnicas de platinotomía y platinectomía. Su comunicación



primera se realizó en junio de 1948 en la Sociedad Médica de los Hospitales de Milán, habiendo unos meses antes operado sus primeros casos. Más tarde, 1949, presentó un trabajo en Londres con ocasión del IV Congreso Internacional de ORL. Todos estos trabajos no llamaron la atención hasta que con la movilización de ROSEN se comenzó a ver la posibilidad de utilizar estas vías en los casos en que una correcta movilización no había podido realizarse antes

Nosotros hemos practicado todos estos tipos de intervenciones seguidos de ganancias auditivas momentáneas, pero con pérdidas de dichas recuperaciones a los pocos días e incluso con casos de franco empeoramiento. Incluso presentamos una técnica de fenestra promontorial, que la cubríamos con el colgajo tímpano meatal, en estas mismas sesiones hace un año y los enfermos que fueron operados así no tuvieron resultado alguno duradero.

Las causas de los fracasos que hemos obtenido con las platinotomías y platinectomías cubiertas son, a nuestro juicio, debidas, primero que para este tipo de cirugía más o menos experimental, seleccionábamos casos en los que había pocas posibilidades de recuperación por una fenestración postmovilización fracasada y porque una fuerte cicatrización sobre la ventana la anulaba completamente. Sin embargo, cabe pensar si aun con estas técnicas, seleccionando los casos y controlando mejor la excesiva cicatrización, pueden realmente obtenerse algunos resultados duraderos. Nosotros tenemos algún caso que nos hace pensar que esto es posible; sin embargo, hemos abandonado, por el momento, este tipo de fenestraciones platinares después de que la observación atenta de lo que en rea-

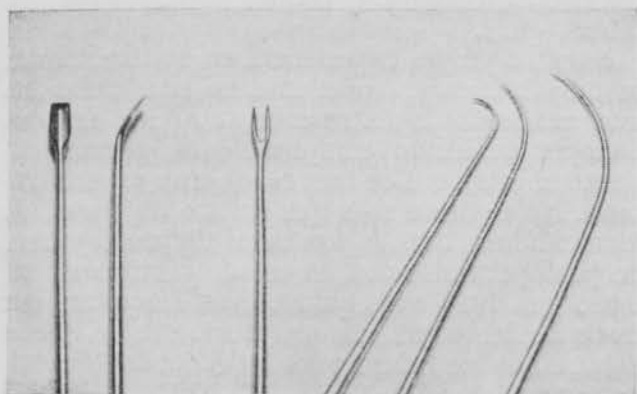


Fig. 1.—Instrumental del autor para la práctica de la cirugía de platina.

de pensar en una fenestración de los canales semicirculares externos. En febrero de 1956, ROSEN estuvo en Madrid y le vimos practicar varias movilizaciónes. Con ocasión de dichas intervenciones hubo un coloquio, en el curso del cual personalmente señalé a ROSEN la posibilidad de poder practicar estos tipos de intervenciones sin riesgos especiales; en aquella ocasión, ROSEN no se mostró partidario de estas técnicas, considerándolas peligrosas.

Estas intervenciones, en las que una parte considerable o toda la platina se extirpa, se completaban en un principio con la aplicación de

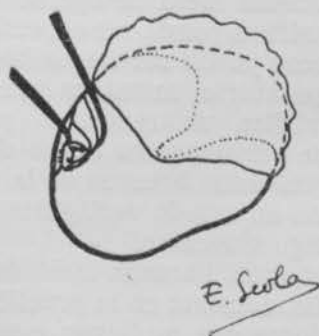


Fig. 2.—Elevación del tímpano y abordaje sobre la articulación estapedio-vestibular.

mucosa promontorial, piel, tímpano, colgajo tímpano meatal, etc., etc., para practicar un cierre suficiente que evitase la salida indefinida de perilinfya y evitar que los productos, potencialmente sépticos, de la caja timpánica, tuvieran un paso directo al laberinto. Todas estas intervenciones eran seguidas casi generalmente de un rotundo fracaso después de unas recuperaciones momentáneas.



Fig. 3.—Perforación practicada en la platina del estribo.

lidad sucedía en las técnicas de movilización nos convenció que en un gran porcentaje de los éxitos de la movilización se verificaban si se observaba la salida de perilinfya, lo que indicaba que una fenestra mayor o menor se había verificado espontáneamente.

La salida de perilinfya, controlada a fuertes aumentos, ha sido señalado frecuentemente por mí, y en el último Congreso de Salamanca señalé, en el curso de la discusión de la comunicación de un compañero, que éste era el punto que precisaba el trabajo de todos los que allí presentamos temas sobre la movilización para dilucidar exactamente el mecanismo de la recuperación auditiva.

Las tentativas de CORNELLI han demostrado principalmente que si en vez de cubrir la ventana oval, o la simple perforación, se dejaba libre, era posible la conservación de la ganancia auditiva.

En principio, parece una temeridad el dejar libre una ventana laberíntica, pero lo que en realidad sucede es que si se ha practicado una apertura poco traumática apenas existe peligro, como lo demuestra la serie de 200 intervenciones practicadas por ese autor y controladas durante siete años, en los que no tuvo complicaciones de especial interés.

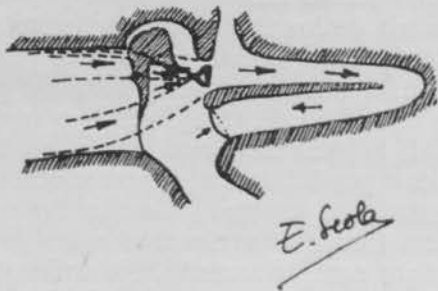


Fig. 4.—Desconectada la rama vertical del yunque del estribo y perforada la platina, la presión sonora es capaz de producir excitaciones periliñfáticas sobre la rama vestibular, que se desplazan hacia la rama timpánica del caracol, lo que explica la recuperación auditiva a pesar de haberse perdido la continuidad de la cadena osicular, considerada hasta ahora como indispensable para una función auditiva normal.

Los resultados obtenidos por este autor, considerando solamente 76 casos que pudieran agruparse en casos A, B y C, puesto que los restantes eran experimentales, ha obtenido unas recuperaciones duraderas de 46 por 100. Dice que los casos que le resisten con su ganancia quince días persisten con su recuperación, siendo los casos de pérdida más bien brusca, al contrario de las pérdidas lentas que sobrevienen en las fenestraciones seguidas de un éxito inmediato.

La técnica empleada por CORNELLI fué en un tiempo de abordaje retroauricular, siendo sustituidas en la actualidad por la vía preauricular por incisión entre el trago y el helix y una segunda incisión sobre el borde posterior del conducto; despegamiento de la piel del conducto y tímpano; resección suficiente de la parte posterior; exploración de la caja; extirpación del yunque y aislamiento del estribo; abordaje de la platina y extirpación total del estribo o platinotomía, usando un punzón-aspirador con el fin de evitar caídas de elementos extraños al vestíbulo; la perforación no debe de llegar a los bordes, evitando así la zona más sangrante; se termina colocando la piel y el tímpano en su posición normal. La perforación ideal sería de un milímetro aproximado de diámetro.

La platina abierta se cubriría espontáneamente con una fibromucosa. Teóricamente, CORNELLI explica que la apertura de la platina puede dar lugar a que el líquido laberíntico actúe como una membrana por la existencia en la capa periférica del líquido de una presión de cohesión o fuerza de atracción molecular que sería inversamente proporcional al radio de la apertura.

Las recuperaciones que obtiene este autor alcanzan los 25-30 db hasta el tono 3.000; por encima de este tono se tarda mucho tiempo en recuperar, mientras que hasta el 3.000 sería inme-

diata. Una ligera pérdida en db dice que puede esperarse en el tiempo.

H. GULLON recientemente ha publicado un trabajo en el que refiere buenos resultados con la platinotomía.

R. GRIMAUD y M. MAYOFF también refieren éxitos con estas técnicas.

Otros autores no han tenido éxitos en los pocos casos que han intervenido, pero siempre han cubierto la fenestra platinar por temor a complicaciones (SALOMON, DANIC, OMBREDANNE, etcétera, etc.).

Nuestra propia experiencia en platinectomías es muy reducida: solamente en tres casos hemos realizado la extracción total del estribo. Siempre temiendo complicaciones, hemos cubierto el estribo. Los tres casos eran experimentales. No tuvimos más que en uno un resultado momentáneo. Uno de los casos empeoró y tuvo un postoperatorio con un estado vertiginoso intenso que duró unos quince días. Los otros dos casos tuvieron un postoperatorio mejor que el habitual de los fenestrados en el conducto semicircular.

Las platinotomías realizadas por nosotros lo han sido en diversas partes de la platina. Hemos perforado la parte anterior, media, superior, posterior e inferior de esta manera. Los resultados mejores han sido los de las platinotomías posteriores. Tenemos casos controlados durante dos años que persisten con su ganancia. Al principio, cubríamos las perforaciones; en la actualidad, las dejamos abiertas. El postoperatorio es benigno; un estado vertiginoso puede prolongarse por unos pocos días, lo que exige la práctica de esta intervención en clínica. En el momento de ser practicada la platinotomía, un vértigo más o menos intenso puede aparecer, pero a veces esto no sucede. Tampoco es rara la aparición de un estado nauseoso y vómitos en la misma mesa de operaciones. La recuperación auditiva puede ser espectacular, pero también a veces puede ser imposible su control en el acto operatorio, mientras que un control posterior certifica un resultado positivo. La marcha puede ser insegura una o dos semanas y en los movimientos bruscos de la cabeza puede presentarse un estado vertiginoso con caracteres de vértigo utricular.

La platinostomía, llamada también por ROSEN fenestra ovalis, consiste en la práctica de pequeñas perforaciones que no llegan a un milímetro de diámetro en la platina y localizadas preferentemente en el centro de la platina, margen inferior o parte posteroinferior. Nosotros localizamos estas pequeñas fenestras después de haberlas realizado en todas las partes de la superficie platinar, preferentemente en su parte posterosuperior, si bien no se puede pretender, como sucede en toda la cirugía del estribo, una localización standard porque diferentes factores del momento quirúrgico pueden hacer preferible una u otra localización.

Todo aquel que haya practicado la cirugía del

estribo con aumentos suficientes habrá observado la variabilidad de las lesiones y del aspecto de la platina. A veces nos encontramos platinas finísimas que al menor contacto se parten o se perforan, y, por el contrario, otras veces se precisa un trabajo intenso para perforar una platina fuertemente espesada por la lesión otosclerosa; existen lesiones otosclerosas que simulan perfectamente a una platina, cuando ésta en realidad está oculta en un segundo plano más profundo; hay platinas enfosadas en la que es imposible trabajar si no se reseca parte de los márgenes anteroinferiores. Por lo tanto, las lesiones tan variables que asientan en la zona platinar, y el aspecto de ésta son tan variables, que frecuentemente nos obligan a acomodar un tipo u otro de platinotomía o platinostomía.

La platinostomía da unos éxitos considerables en un buen número de casos. ROSEN, sobre 210 casos de fenestra ovalis o platinostomía, tiene un 57 por 100 de recuperaciones parciales de más de 15 db, considerados los casos A, B y C. Sobre los casos A, tiene un 72 por 100 de recuperaciones. Esta última cifra habla bien claramente de las posibilidades de esta cirugía. Tiene casos en los que ha extraído el yunque y practicada la fenestra oval sobre el estribo aislado con una recuperación completa de la audición. Esto sucede a pesar de que no existe continuidad en la cadena osicular.

Nosotros tenemos numerosos casos de fracturas de crura, incluso de desconexiones completas de yunque y estribo, que han recuperado la audición con la platinostomía. Es una técnica que, a nuestro juicio, tiene unos resultados innegables.

Por último, quiero señalar las platinofisuras, de las que la más practicada es la Fowler, consistente en practicar una fisura en la parte media de la platina, con crurotomía anterior, con el fin de liberar la parte posterior de la platina, a la que por medio de la rama posterior del estribo se transmitiría la presión osicular. Esta técnica, practicada por nosotros frecuentemente, da unos resultados generalmente muy buenos si la técnica ha sido realizada de forma depurada. GOODHILL dice que su experiencia no es satisfactoria con esta técnica. La técnica que personalmente practico en todos estos tipos de intervenciones podemos resumirla en los siguientes tiempos:

- 1.º Anestesia local por infiltración en la pared posterior, superior e inferior del conducto.
- 2.º Despegamiento de la piel y tímpano previa incisión en la pared posterior, a unos milímetros del tímpano.
- 3.º Fresado de la pared ósea profunda del conducto hasta conseguir una buena visualización sobre la zona del estribo.
- 4.º Abordaje sobre platina, y si existen dificultades para ello, previa sublucación del estribo y yunque; desconexión del estribo y yun-

que; aislamiento del estribo con extirpación del yunque o extirpación del yunque y de la cabeza y ramas del estribo. Todas estas maniobras, conducentes a una mejor actuación sobre platina, con la tendencia a procurar conservar en lo posible las máximas posibilidades anatómicas de transmisión osicular.

5.º Platinostomía, platinofisura de Fowler, platinofisura horizontal y platinotomía, según las reacciones que observamos en el enfermo y según el aspecto anatomofisiológico del campo.

6.º No se cubre la platina y se coloca en posición el colgajo tímpano-meatal.

Este tipo de intervención lo realizamos siempre que una movilización normal no haya podido realizarse con éxito, considerando movilización normales los diferentes tipos de ella descritos y que en anteriores comunicaciones han sido señalados.

Con estas técnicas, y considerados los casos experimentales y los A, B y C sobre 100 intervenciones practicadas desde hace tres años a un mes, hemos tenido un 50 por 100 de recuperaciones.

No podemos hacer conclusiones definitivas salvo señalar que este tipo de cirugía puede sin duda dar recuperaciones y que en un futuro, sentadas mejor sus indicaciones clínicas y técnica quirúrgica, es presumible que ocupará un lugar destacado junto a la fenestración del conducto semicircular externo y la movilización del estribo.

RESUMEN.

El autor resume las técnicas de intervención quirúrgica sobre la platina del estribo, señalando que en unas 100 intervenciones realizadas sobre sorderas de transmisión ha obtenido un 50 por 100 de recuperaciones.

BIBLIOGRAFIA

- BASTERRECHEA, ZUBIETA y BERTRÁN ESCANAVERINO.—Arch. del Hosp. Universitario, 3, 157, 1956.
 V. GOODHILL.—A. M. A. Arch. Otolaryngol., 67, 142, 1958.
 R. GRIMAUD y M. WAYOFF.—Ann. d'O-L., 77, 973, 1957.
 CORNELLI, G.—L'Ospedale Maggiore, Febr., 1949.
 CORNELLI, G.—IV Congreso Internacional ORL. Londres, 1949.
 CORNELLI, G.—Arch. Ital. ORL., 61, 1950.
 CORNELLI, G.—Ann. d'O-L., 920, 1957.
 S. ROSEN.—A. M. A. Arch. Otolaryngol., 65, 217, 1957.
 S. ROSEN.—A. M. A., 64, 227, 1957.
 S. ROSEN.—A. M. A. Otolaryngology, 67, 129, 1958.
 SCOLA, E.—Comunicación a la Soc. Esp. de ORL. Sept., 1955.
 Acta ORL Esp., 223, 1956.
 SCOLA, E.—Tratamiento de la sordera por manipulaciones en el estribo. Experiencia personal. Comunicación a la Academia Méd.-Quir. de Madrid, 1956.
 SCOLA, E.—Revue de Laryng. Bordeaux, 668, 1957.

SUMMARY

The writer summarises the techniques for surgical operation on the footplate of the stapes and points out that he has attained 50 % reco-

veries in about 100 operations performed for transmission deafness.

von Überleitungsschwerhörigkeit, in 50 Prozent eine Wiedererlangung des Hörvermögens zu verzeichnen war.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor bespricht zusammenfassend die chirurgischen Techniken für Eingriffe an der Steigbügelbasis und weist darauf hin, dass bei den 100 von ihm durchgeführten Operationen

RÉSUMÉ

L'auteur résume les techniques d'intervention chirurgicale sur la platine de l'étrier, en signalant que dans plus de 100 interventions réalisées sur des surdités de transmission il a obtenu un 50 % de récupérations.

NOTAS CLINICAS

LA POLINEURITIS DE LA PERIARTERITIS NODOSA

J. C. DE OYA, L. HERNANDO AVEDAÑO y H. OLIVA ALDAMIZ.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.
Clínica de la Concepción. Madrid.
Director: Profesor JIMÉNEZ DÍAZ.

La aparición de una polineuritis en el curso de la periarteritis nodosa constituye una asociación cuya frecuencia se señala en aumento de manera progresiva, hasta el extremo de que en algunas estadísticas¹ la periarteritis nodosa ocupa el tercer lugar como causa de polineuritis después de las diabéticas y las infecciosas. Conocemos muy bien las características más salientes de este cuadro y las formas de neuropatía periférica, que ya de primera intención nos deben hacer pensar en periarteritis nodosa, cuadros oscuros de polineuritis simétricas con fiebre y afectación de otros sistemas, formas de mononeuritis múltiples febriles, asimétricas o simétricas, etc. Sin embargo, en otras muchas ocasiones, sin duda por lo polimorfa que es la periarteritis nodosa en su presentación y evolución, el diagnóstico no puede establecerse clínicamente. Este enfermo que presentamos a ustedes constituye un ejemplo de cómo una periarteritis nodosa generalizada, con un cuadro de polineuritis simétrica de las extremidades inferiores y de una extremidad superior, presentó insuperables problemas de diagnóstico clínico.

Enfermo de cuarenta y tres años, casado, alfombrista, ingresó en mayo de 1957 en la Estación 3.^a Refería la siguiente historia: Encontrándose previamente bien, dos meses antes, había comenzado con dolor, hinchazón y calor en el tobillo derecho; el dolor se hacía más intenso al andar y también en la cama. Lo trataron con unos supositorios de Irgapirina, con lo que temporalmente cedieron las molestias. A los veinte días reaparecieron los síntomas en el tobillo izquierdo y pocos días más tarde el dolor se le generalizó a ambas piernas. Tenía como

calambres que le corrían desde los muslos hasta los pies; no sabe si tenía fiebre, pero por las noches sudaba mucho y se encontraba con gran malestar general. Algo más tarde comenzó a tener dificultad para andar, sobre todo para mover los pies, y empezó a darse cuenta de que no sentía bien en los pies. Lo trataron con vitamina B₁₂ en dosis altas y sus dolores cedieron al tiempo que la impotencia motora de los pies se fué acentuando. Un par de semanas antes de ingresar había notado que no tenía tacto en los dedos anular y meñique de la mano izquierda. Coincidiendo con todas estas molestias observó que orinaba más y tenía sed constantemente. Además refería una historia más antigua, de diez años de duración, de dolor en el hipocondrio derecho y epigastrio que en ocasiones se había hecho muy intenso, irradiándose a la espalda y a veces a todo el abdomen, en ocasiones con vómitos alimenticios. El dolor era más intenso a las tres horas de la comida y se calmaba parcialmente con la ingestión de alimento o bicarbonato. Tenía temporadas libres de molestias y generalmente en primavera y otoño agudizaciones.

Los antecedentes personales y familiares carecían de interés.

En la exploración era un sujeto asténico, desnutrido, que camina apoyado en otra persona, con estepaje muy marcado. Palidez de piel y de mucosas. Pulmón y corazón, normales. Presiones arteriales, 110/70. Pulso rítmico a 90 por minuto. En el abdomen: Dolor a la palpación en hipocondrio derecho con ligera defensa muscular en la parte superior del recto derecho; se palpa el hígado, a tres traveses de dedo por debajo de la arcada costal derecha, de borde romo regular. No se palpa ni se percute aumentado el bazo.

La exploración neurológica demostraba unos pares craneales normales. Tono y fuerza, conservados en las extremidades superiores con reflejos normales, salvo en el territorio del cubital izquierdo, en que existe afectación motora y anestesia para todas las sensibilidades en los dedos meñique y anular. Los reflejos abdominales y cremastéricos son normales. En las extremidades inferiores: Disminución marcada de la fuerza en ambas piernas y pies con imposibilidad de flexionar el pie; marcada hipotamia. Patelares muy débiles y reflejos aquileos abolidos. Evidente trastorno de la sensibilidad, que afecta a todas las modalidades, y que corresponde a los cutáneos peroneales y tibiales de ambas piernas, a los safenos en su porción más distal y a los cutáneos dorsales y plantares de ambos pies. Los troncos nerviosos afectan en algunas zonas se palpan engrosados y dolorosos. No hay síntomas extrapiramidales ni cerebelosos. A la vista de todos estos datos se hizo el diagnóstico de una polineuritis cuya etiología descartamos, por un interrogatorio cuidadoso, la posibilidad de que fuera tóxica; pareció podía ser infecciosa o más probablemente