

Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

B I M E S T R A L

DIRECTOR:

DR. RAFAEL GONZÁLEZ RIVAS
Tonalá 79 Esq. Av. A. Abregón
Tel. 14-05-30

EDITOR:

DR. LUIS MÁRQUEZ
Querétaro No. 128, México, D. F.
Tel. 25-30-19

TOMO I

SEPTIEMBRE - OCTUBRE DE 1958

NUM. 34

S U M A R I O

- Un Caso de Neurinoma del Acústico.—*Dr. Rafael González Rivas* 29
- Rinorreas Espontáneas de Líquido Céfal Raquídeo. (Dos Casos Clínicos.—*Drs. Andrés Bustamante Balcarcel y Rafael Giorgana* 35
- Cortipatía. (Historia Clínica con Exploración Imaginaria).—*Dr. Alfonso Garibay Fernández.* 41

REGISTROS PENDIENTES

Terramicina*

marca de la oxitetraciclina



ADULTOS
POSOLOGIA
NIÑOS

1 a 2 g. según la gravedad en dosis fraccionadas cada 6 horas.

20 a 40 mg./Kg. de peso en dosis fraccionadas cada 6 horas.

*Marca registrada de Chas. Pfizer & Co., Inc.

Pfizer

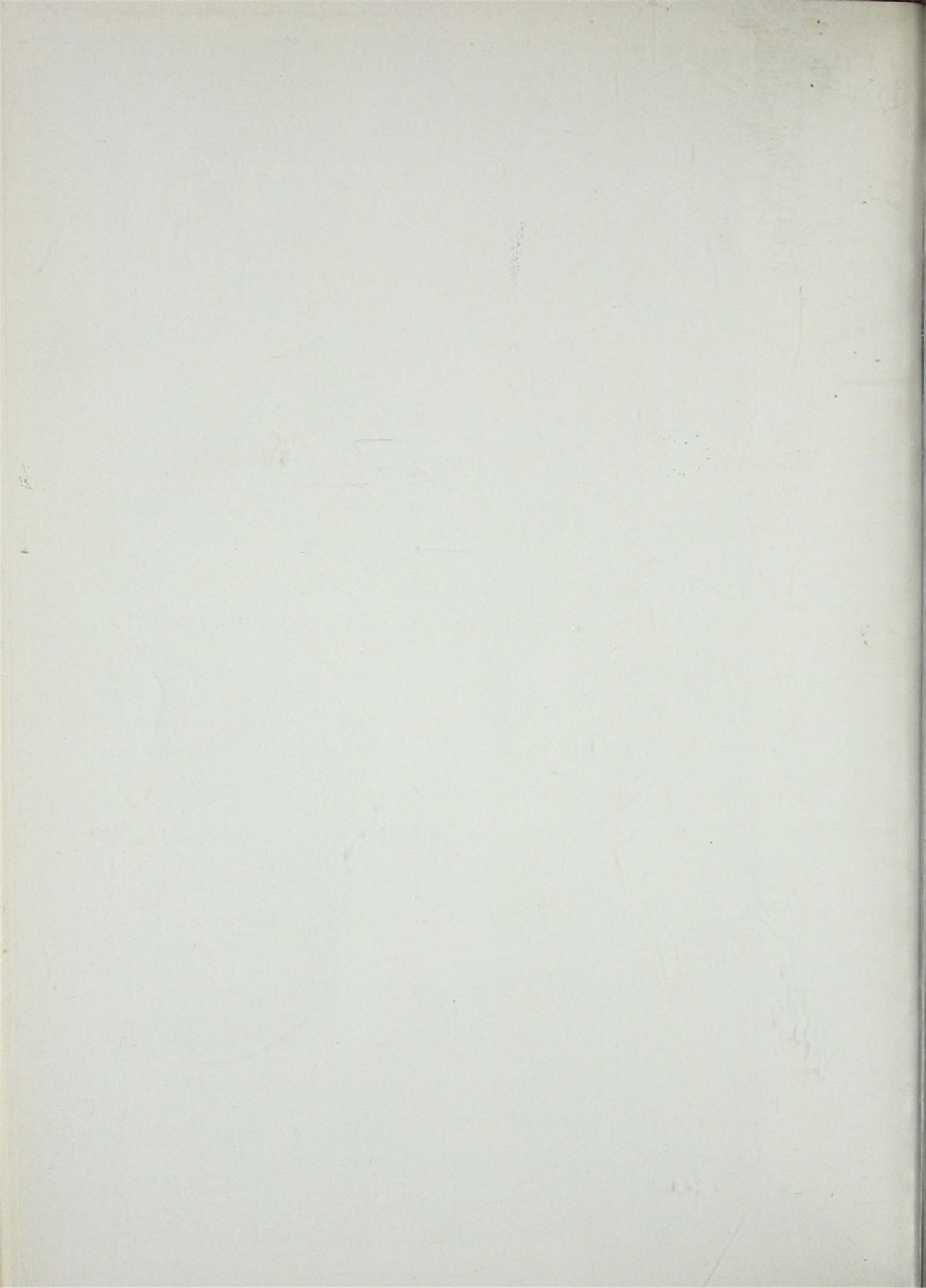
A NUESTROS SOCIOS

La Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología una vez más se da a conocer por medio de su órgano oficial de divulgación los Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

Es deseo de la Dirección el mejorar la publicación hasta donde sus esfuerzos se lo permitan, para ello tratará de superar la presentación y calidad general.

Se iniciará la sección de artículos condensados de los originales de las últimas publicaciones. Queremos que en cada número exista algo de interés para el especialista que lo lea, es por esto que solicitamos la colaboración de todos los miembros de la Sociedad, principalmente de los foráneos, así como cualquier sugestión.

Es nuestro deseo igualmente el que todos los miembros de nuestra Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, reciban nuestra revista, para lo cual suplicamos nos hagan saber cualquier cambio de domicilio, así como señalarnos si existe algún error en el directorio general que se publica en cada ejemplar.



Un Caso de Neurinoma del Acústico

Dr. Rafael GONZÁLEZ RIVAS (*)

LAS razones principales por las que presento este trabajo son las siguientes:

- a).—El neurinoma del acústico es un padecimiento poco frecuente en México.
- b).—Señalar la importancia que tiene para el otorrinolaringólogo el hacer un estudio minucioso y completo en casos de hipoacusias perceptivas profundas.

HISTORIA CLINICA

Sra. C. R. de D., de 41 años de edad, casada, originaria de México, D. F., radicada en Guaymas, Son.; fecha de la historia: 22 de enero de 1958.

Antecedentes Hereditarios y Familiares. Padre hipoacúsico por otomastoiditis crónica bilateral. Tío hipoacúsico. Prima hipoacúsica. 5 hermanos sanos. Madre sana.

Antecedentes no Patológicos.—Tabaquismo positivo intenso (1½ cajetillas diarias).—Alcoholismo negativo.

(*) Médico Adjunto del Servicio de O. R. L. del Instituto Nacional de Cardiología.

Antecedentes Patológicos.—Apendicectomía a los 16 años. Hace 16 años padeció una neuralgia facial izquierda que duró por espacio de dos meses, le fué propuesta la alcoholización, pero desapareció espontáneamente. Neumonía hace 10 años. Hace tres años tuvo rubeola, habiendo sido tratada en esa misma época de anemia severa. Hace dos y medio años tuvo episodio febril acompañado de estupor y delirio que duró 24 horas, sin que llegaran los médicos a precisar el diagnóstico. De soltera hasta que se casó, padeció de lipotimias con cierta frecuencia. Tuvo dos abortos, uno hace 12 años y el otro hace dos. Hace tres años, durante su último embarazo, presentó episodio psiconeurótico.

Terapéutica Empleada.—Atarax.

Síntomas Principales.—Acúfenos, hipoacusia, parestesias en la mitad derecha de la cara, pérdida del equilibrio y sensación de pesantez en la región occipital derecha.

Padecimiento Actual.—Hace dos años que se inició su padecimiento con la presencia de acúfeno constante de localiza-

ción ótica derecha, que comparó al ruido producido al acercarse un caracol de mar al oído, aumenta de intensidad cuando viene a México y disminuye a nivel del mar. Hace dos años presentó también hipoacusia en el oído derecho de iniciación lenta y que fué progresiva hasta julio de 1957 en que dejó de oír de ese lado. Aproximadamente al mismo tiempo empezó a notar parestesias en la mitad derecha de la cara y falta de sensibilidad observada después de haberse mordido la mejilla y el labio superior sin sentir dolor.

Hace dos meses notó falta de equilibrio al caminar, con tendencia a caer hacia la derecha, molestia que se acentuaba en lugares poco iluminados; desde esa misma época tiene sensación de pesantez constante en la región occipital derecha, enfatizando la enferma que nunca llega a ser dolor propiamente.

Desde hace un mes ha notado somnolencia excesiva. Refiere la enferma que no podía acostarse sobre el lado derecho porque se le dormía el brazo y la pierna de ese lado. Desde hace tres semanas nota la presencia de acúfeno esporádico en oído izquierdo.

Padece rinitis alérgica desde hace 6 años en que se fué a vivir a nivel del mar, siendo las crisis por temporadas y de poca intensidad.

Faringe y Laringe sin datos patológicos.

Síntomas Generales.—Astenia, adinamia, adelgazamiento de 5 kilos en el último año.

Interrogatorio por Aparatos.—Sin importancia.

Exploración Física:

Nariz.—Mucosa pálida, ligeramente hipertrófica.

Senos paranasales, rinofaringe, faringe y laringe, sin datos patológicos.

Oído derecho.—Tímpano deprimido grado I, y poco móvil.

Oído izquierdo.—Sin datos patológicos.

Examen Físico General.—Satisfactorio. T.A.-120-80.

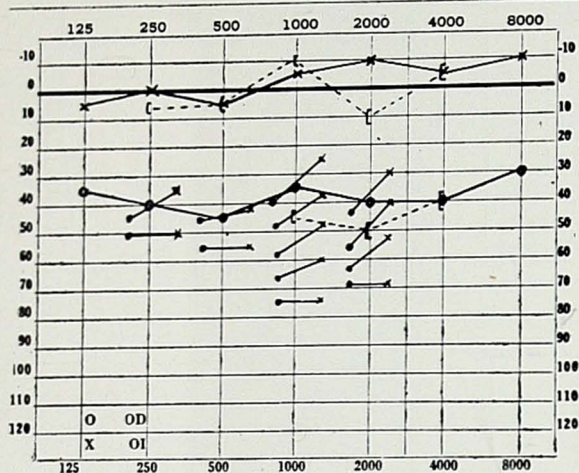
EXAMEN AUDIOLOGICO

- a).—Diapasones: (Fig. 1).—Prueba de Weber (256 y 512). Lateralizado hacia el lado izquierdo. Prueba de Rinne (256 y 512). Positivo en oído izquierdo, negativo en oído derecho. Prueba de Schwabach. Muy acortado (A A A) en oído derecho; normal en oído izquierdo. Diapasón 1024. Acortado en oído derecho; normal en oído izquierdo.

| O.D. | DIAPASONES. | O.I. |
|------------|--------------------|--------|
| | Weber. (256 y 512) | → |
| — | Rinne (256) | + |
| May acort. | Schwabach | Normal |
| Acortado | 1024 | Normal |

Fig. 1.

- b).—Audiometría: (Fig. 2).—Hipoacusia media perceptiva del oído derecho.



Método Directo A.D.C.

Enmascarador si X no

Examinador Dr. R.R.F.

Observaciones: VA. Enmascarador en OI para explorar OD.

Fig. 2.

Vía ósea acortada en las frecuencias 256 y 512 en el lado derecho.

- c).—Prueba de Fowler: Reveló la existencia de recruitment en el oído derecho en las frecuencias del 250 al 2000, siendo lenta en el 500 y en el 1000 y bruscos en el 250 y 2000.

EXAMEN VESTIBULAR

- a).—Prueba de Kobrak a 18° y 0°: (Figs. 3 y 4).—No respondió el oído derecho. El oído izquierdo dentro de límites normales.
- b).—Prueba de Hall Pike: (Fig. 5).—No respondió el oído derecho. El oído izquierdo dentro de límites normales.
- c).—Prueba rotatoria: (Fig. 6).—Diez vueltas a la izquierda: El vértigo duró 13" y el nistagmus 13". Diez vuel-

tas a la derecha: El vértigo duró 15" y el nistagmus 16".

| KOBRAK 18° | LAT. | DUR. | NISt. | VERT. | DESV. | CAIDA. |
|------------|--------------|------|-------|-------|--------|--------|
| D.D. | No respondió | | | | | |
| D.I. | 15" | 120" | ++ | - | Típica | Típica |

Fig. 3.

| KOBRAK 0° | LAT. | DUR. | NISt. | VERT. | DESV. | CAIDA. |
|-----------|--------------|------|-------|-------|--------|--------|
| D.D. | No respondió | | | | | |
| D.I. | 12" | 150" | ++ | -+ | Típica | Típica |

Fig. 4

| P. HALLPIKE | | LAT. | DUR. | NIST. | VERT. | AGUA. |
|-------------|------|------|-----------|-------|-------|-------|
| 30° | O.D. | No | respondió | | | 300cc |
| 30° | O.I. | 25" | 180" | ++ | - | 300cc |
| 44° | O.D. | No | respondió | | | 300cc |
| 44° | O.I. | 50" | 100" | ++ | - | 300cc |

Fig. 5.

| VERT. | PRUEBA ROTATORIA. | NIST. |
|-------|------------------------------|-------|
| 13' | Diez vueltas a la izquierda. | 13 |
| 15' | Diez vueltas a la derecha. | 16 |

Fig. 6.

d).—Marcha desviada a la derecha.

Examen Oftalmológico.—Astigmatismo miópico en ambos ojos que converge a la unidad. No hay datos anormales en fondo de ojo.

Examen Neurológico.—Pares craneales I, II, III, IV y VI, normales; VII parestesia ligera de lado derecho; V: reflejo corneano disminuido en el lado derecho; hipoestesia e hipoalgesia del mismo lado.

Marcha atáxica con tendencia a caer hacia el lado derecho. Reflejos ósteotendinosos exaltados ligeramente en ambos lados.

Examen Radiológico.—(Figs. 7 y 8) Gran dilatación del conducto auditivo interno del lado derecho. Dilatación mode-

rada del conducto auditivo interno del lado izquierdo.

Exámenes de Laboratorio.—Examen de orina, examen hemocitológico y reacciones luéticas: sin datos patológicos. Factor Rh: Positivo.—Grupo sanguíneo: B.

Diagnóstico.—Neurinoma del Acústico del lado derecho.

Fundamentación del diagnóstico.—El diagnóstico se funda en los siguientes datos:

a).—Interrogatorio. Acúfeno constante en el oído derecho. Hipoacusia progresiva del lado derecho que llegó a la falta de audición desde hace un año. Parestesia de la mitad derecha de la cara. Desequilibrio con tendencia a

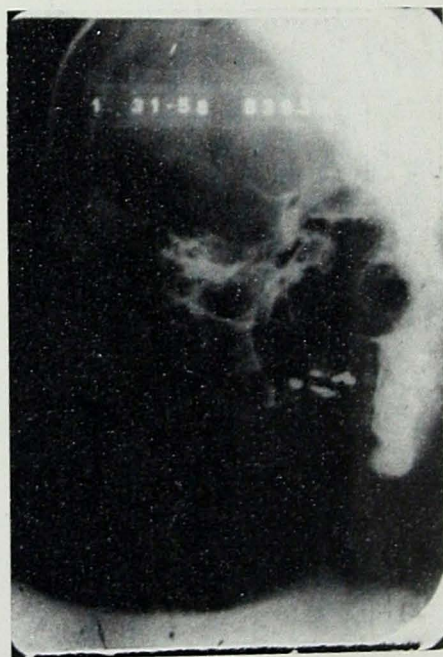


Fig. 7.

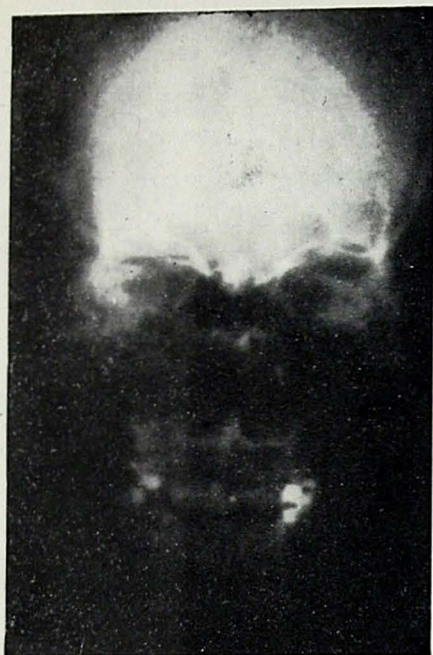


Fig. 8.

caer hacia la derecha. Sensación de pesantez constante en la región occipital derecha. Somnolencia, astenia, adinamia y adelgazamiento.

b).—Examen audiológico. Hipoacusia media perceptiva del oído derecho, con recruitment.

Examen vestibular. Abolición de la función vestibular del lado derecho, con compensación.

Examen neurológico. Ligera paresia del facial derecho. Reflejo corneano disminuído. Alteraciones de la sensibilidad del trigémino. Ataxia cerebelosa.

Examen radiológico. Gran dilatación del conducto auditivo del lado derecho y muy moderada del lado izquierdo.

Tratamiento.—(Fig. 9). A la enferma se le propuso tratamiento quirúrgico, fué operada el día 12 de febrero de 1958 con la técnica habitual. A los 10 días fué dada de alta del hospital, presentando parálisis facial del lado derecho.

Examen Histopatológico.—Se encuentra una combinación de zonas fibrosas en las cuales los núcleos de las células de Schwann se disponen en hileras transversales y longitudinales formando una empalizada. Las zonas fibrosas corresponde a glía.

Diagnóstico Histopatológico: Neurinoma del Acústico.



Fig. 9.

Comentarios.—Al estudiar los tumores del VIII par se encuentran varios hechos que merecen mencionarse:

1o.—Desde el punto de vista etiológico Gardner estudió cinco generaciones compuestas de más de 200 miembros encontrando que el padecimiento era transmitido con carácter dominante mendeliano en 37 de los miembros.

El trauma y el embarazo predisponen a la aparición del tumor, el cual es más frecuente en la mujer entre los 30 y 50 años.

2o.—Frecuentemente no diagnosticamos estos tumores. En una revisión hecha por Tore Lundborg en 1950, de 300 casos, encontró que solamente el 10% habían sido diagnosticados por los otólogos y el resto por los neurocirujanos.

3o.—La evolución del padecimiento antes de que se sospeche lesión intracraneal es lenta y se han relatado casos hasta de 20 años de evolución, siendo el promedio más frecuente de 1 a 3 años.

4o.—Los síntomas iniciales se reducen a acúfenos e hipoacusia, la cual varía de un momento a otro y en ocasiones regresa a cifras normales, siendo frecuentemente los tonos bajos los que se afectan en primer lugar. El vértigo y el nistagmus aparecen en los estados avanzados a pesar de que el tumor proviene del nervio vestibular.

5o.—La escuela inglesa (Dix, Hall Pike y Hood) opinan que puede haber recruitment en lesiones del órgano de Corti y en el neurinoma del VIII par, pero que nunca existe en tumores del ángulo pontocerebeloso.

6o.—Consultando la opinión de los principales neurocirujanos de México, nos llama la atención la escasa incidencia con que se presenta este padecimiento en nuestro medio o quizá las pocas veces que es diagnosticado aún post-mortem debido a la falta de atención que se pone en las autopsias al estudio del conducto auditivo interno.

Rinorreas Espontáneas de Líquido Céfalo Raquídeo

(DOS CASOS CLINICOS)

Dr. Andrés BUSTAMANTE BALCARCEL.

Dr. Rafael GIORGANA.

Servicio de Otorrinolaringología del Instituto Nacional de Cardiología.

NOS permitimos poner a la consideración de ustedes, dos casos de rinorrea espontánea de líquido céfalo raquídeo, padecimiento que por parecernos poco frecuente, creemos de interés.

(PRIMER CASO) M.V.P. de 26 años: casada, enviada a nuestro servicio el 18-VI-56 por un alergista, después de tratamiento infructuoso. Es alérgica a la Penicilina y al polvo casero.

Nos señala que hace año y medio tiene rinorrea anterior acuosa intermitente, durante el día y principalmente al levantarse; la rinorrea es posterior en las noches.

No hay antecedentes alérgicos en su familia y padece frecuentemente de bronquitis. Es ligeramente obesa y su metabolismo está en los límites inferiores.

El examen nasal revela una mucosa pálida y ligeros fenómenos vasomotores. Los senos de la cara son clínica y radiológicamente normales; en el estudio de secreción nasal encontramos solamente células de descamación y escasos neutrófilos: no hay *eosinófilos*.

Hacemos el diagnóstico de rinitis vasomotora y la tratamos con antihistamínicos, cortisona y tiroides, sin que mejore.

En vista de que la enferma no mejora, se sigue insistiendo en el interrogatorio para identificar una causa alérgica o estado neurovegetativo que explique la secreción acuosa abundante que no se ha visto en el consultorio. Un día la enferma nos señala que al agacharse "le sale el catarro". Pedimos que lo haga y vemos salir un líquido transparente de la fosa nasal derecha; recogemos tres cm³, lo enviamos

al laboratorio preguntando si es líquido céfalo raquídeo y nos contestan afirmativamente.

El diagnóstico es pues, rinorrea espontánea de líquido céfalo raquídeo.

El examen neurológico da datos normales. Es tratada quirúrgicamente por los neurocirujanos por vía endocraneana y la rinorrea desaparece completamente, hasta la fecha.

(SEGUNDO CASO) G. G. C. de 60 años asistió a la consulta el 3-II-58. Dice que hace 10 días se inició su padecimiento con rinorrea anterior y posterior transparente, obstrucción nasal, estornudos, lagrimeo y dolor en la región frontal. Se trata de una hipertensa con frecuente cefalea y que hace cinco años tuvo un accidente cerebral de orden vascular. No hay antecedentes de cuadros nasales semejantes.

A la exploración otorrinolaringológica se encontró mucosa nasal roja, hipertrofia de cornetes inferiores y membranas timpánicas ligeramente congestionadas. Farinitis ligera. Hicimos el diagnóstico de rinofaringitis aguda y se recomienda Eritromicina. Dos días después la enferma manifiesta rinorrea unilateral intermitente posicional, que no podemos confirmarla a la exploración. Sospechamos rinorrea espontánea de líquido céfalo raquídeo y se le entregó un tubo de ensaye para recoger el producto nasal. Al día siguiente nos trae seis cm³. de un líquido transparente que enviamos al laboratorio, preguntando si es líquido céfalo raquídeo y nos contestan afirmativamente.

El examen neurológico es normal. Se sugiere que permanezca en cama, en la posición en que no sale líquido céfalo raquídeo y continúe con los mismos antibióticos. La rinorrea de líquido céfalo raquídeo ha disminuído pero persiste, hasta la fecha. Creemos que será necesaria la intervención quirúrgica.

COMENTARIOS

En la literatura que consultamos, hallamos descritos frecuentemente, casos de rinorreas ocasionales por defectos congénitos o tumores de hipófisis, a las que algunos autores llaman rinorreas espontáneas. Vale la pena aclarar, que nosotros llamamos espontáneas, siguiendo la definición de Coleman, solamente a aquellas en que no se identifica la causa que origina la fístula. Debido a ésto, excluimos los casos provocados por:

- 1) Lesiones traumáticas.
- 2) Accidentes en operaciones nasales.
- 3) Tumores (de hipófisis principalmente).
- 4) Osteítis del frontal, etmoides o esfenoides.
- 5) Aumentos de la presión intracraneana (hidrocefalia), y
- 6) Anomalías congénitas evidentes.

Las rinorreas del líquido céfalo raquídeo son clasificadas como espontáneas, cuando desconocemos la causa que las provoca. Finochietto, considera estas rinorreas dentro del grupo de las anomalías congénitas y dice textualmente "En todos los casos de rinorrea espontánea existe un

defecto congénito en el desarrollo del cartílago etmoidal que determina la formación de pequeños meningoceles a través de un orificio dilatado de la criba etmoidal”.

Existen rinorreas debidas a traumatismos craneales ocurridos con mucha anterioridad.

Por esto es que nos preguntamos si las rinorreas de líquido céfalo raquídeo; las clasificadas como espontáneas, realmente lo son, o si su causa fué un traumatismo que pasó inadvertido para el enfermo.

En la etiología del padecimiento, los autores no están de acuerdo; pero es interesante señalar que todos ellos lo están en lo que se refiere, a la lesión anatómica localizando la comunicación entre la fosa craneal anterior y las fosas nasales a la altura de la lámina cribosa del etmoides. La mayoría de los autores opina también, que el líquido céfalo raquídeo pasa entre la aracnoides y el perineuro de las ramas del nervio olfatorio, cuando éstas atraviesan los orificios de la lámina cribosa.

Creemos que la causa inmediata que provoca la iniciación de una rinorrea espontánea del líquido céfalo raquídeo, es el aumento de la presión intracraneana pasajera, ocasionada por los esfuerzos (tos, estornudos, etc.).

Aunque la sintomatología del escurrimiento espontáneo del líquido céfalo raquídeo es clara, los errores de diagnóstico son frecuentes y durante mucho tiempo la rinorrea de líquido céfalo raquídeo puede pasar inadvertida.

Es fácil confundir el escurrimiento de líquido céfalo raquídeo, con el de una

rinitis vasomotora o una alergia nasal. No son raros los enfermos que han pasado por el consultorio de diferentes médicos, los cuales los han tratado con gotas y procedimientos diversos, sin mejorar su condición, debido a un diagnóstico equivocado.

Una buena exploración nos permite con facilidad hacer la diferenciación entre el escurrimiento de líquido céfalo raquídeo y cualquier otro padecimiento. Es indispensable para éllo, que el especialista tenga presente que estos casos pueden presentarse.

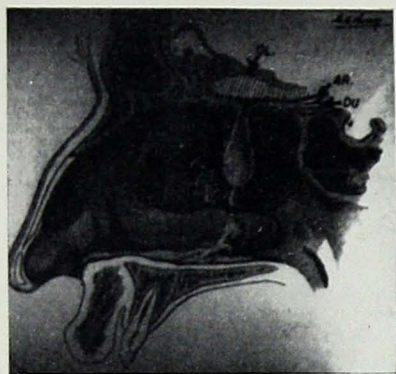
La sintomatología es rica y precisa en tal forma, que no debe confundirse.

1.—La rinorrea es en forma de goteo, intermitente (a veces continuo), generalmente unilateral y abundante. Palma señala un caso con salida de 1000 c.c. en 24 horas.

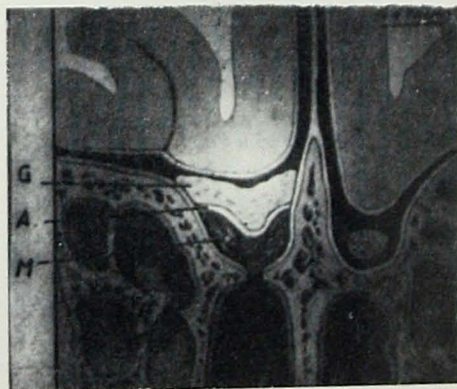
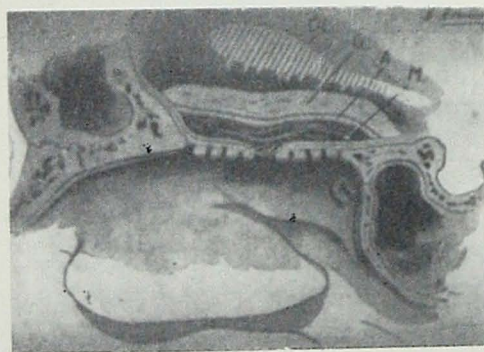
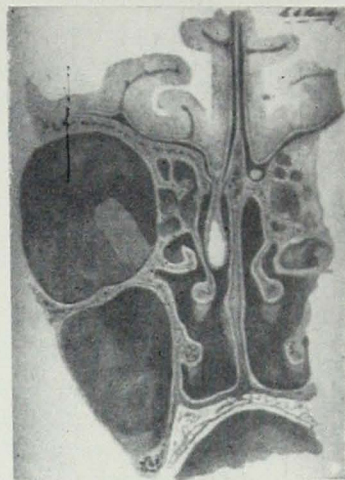
2.—Esta rinorrea se presenta o aumenta en determinadas posiciones; casi siempre aparece al inclinar la cabeza hacia adelante.

3.—Es indispensable identificar en el laboratorio el líquido céfalo raquídeo. Creemos con la mayoría de los autores, que la presencia de glucosa en el líquido, afirma que éste es líquido céfalo raquídeo.

4.—Nos ayudan en el diagnóstico las maniobras que buscan la elevación de la presión intracraneana. Cuando oprimiendo las yugulares se produce un aumento del escurrimiento nasal, se trata de líquido céfalo raquídeo.



Fístula en lámina cribosa.



RESUMEN

5.—Prueba del índigo carmín. La prueba consiste en colorear el líquido céfalo raquídeo con índigo carmín. La presencia de éste en el escurrimiento nasal nos indicará que la rinorrea es de líquido céfalo raquídeo.

6.—Se ha propuesto para localizar el sitio de la fístula, inyectar sodio radioactivo al líquido céfalo raquídeo y colocar en la nariz varios algodoncitos en diversos sitios; el algodoncito que al retirarlo presente mayor cantidad de sodio radioactivo, será el que esté más cerca de la fístula.

Las rinorreas espontáneas no tienden a desaparecer por sí solas, Plum señala un caso de 18 años de duración. Uno de los nuestros tenía año y medio.

La complicación más frecuente que se ha observado es la Meningitis.

El tratamiento radical es esencialmente quirúrgico, haciendo craneotomía; en varias ocasiones se ha intentado la vía nasal, no siempre con buenos resultados.

CONCLUSIONES

(1) Las rinorreas espontáneas de líquido céfalo raquídeo se confunden y se tratan con frecuencia como rinitis alérgicas vasomotoras, etc.

(2) Una buena exploración siempre aclara el diagnóstico.

(3) Las rinorreas espontáneas del líquido céfalo raquídeo, a la inversa que las traumáticas, no tienden a curar por sí solas.

Se presentan dos casos de rinorreas espontáneas de líquido céfalo raquídeo y se hacen comentarios sobre el tema.

BIBLIOGRAFIA

Adson, A. W.: Cerebrospinal rhinorrhea surgical repair of cranoesinus fistula. *Annals of Surgery.* 114: 697, 1941.

Berger, I.: Cerebrospinal rhinorrhea associated with craneopharyngioma and meningitis. *Arch. of Otolaryngology.* 39: 184, 1944.

Berryman, G. H.: Cerebrospinal rhinorrhea simulating allergic rinitis. *The Journal of Allergy.* 26: 71, 1955.

Coleman, C. C., Troland, C. E.: The surgical treatment of spontaneous cerebrospinal rhinorrhea. *Ann. Sur.* 125: 718, 1947.

Crow, K. H.: The localization of cerebrospinal fluid fistulae. *Lancet.* 271: 325, 1956.

Dandy, W.: Treatment of rhinorrhea and otorrhea. *Arch. of Surg.* 49: 75, 1944.

Dohlman, G.: Spontaneous cerebrospinal rhinorrhea. *Acta Oto-laryngologica Supplementum* 47: 20, 1948.

Ecker, A.: Cerebrospinal rhinorrhea by way of eustachian tube, report of case dural defect in middle or posterior fossa. *J. Neurosurg.* 4: 177, 1947.

Finochietto R. y Dickman G. H.: Graniorrinorrea; su tratamiento quirúrgico. *Pren. Méd. Argen.* 39: 2359, 1952.

Higbee, D.: *Otolaryngology, Coates.* Shenck, Miller, W. F. Prior Co. Inc. Vol. 3. Chap. 21 Pág. 5, 1955.

Hirsch, O.: Successful closure of cerebrospinal fluid rhinorrhea by endonasal surgery. *Arch. of Otolaryngology* 56: 1, 1952.

Loftus, J. E.: Cerebrospinal rhinorrhea with report of a case. *The laryngoscope*, 33: 617 (agosto), 1932.

Love, G., Gay, J. R.: Spontaneous cerebrospinal rhinorrhea. *Arch. of Otolaryngology*, 46: 40, 1947.

Morley, T. P., Hetherington, R. F.: Traumatic cerebrospinal fluid rhinorrhea and otorrhea pneumocephalus and meningitis. *Surg. Gyn. and Obs.* 104: 88, 1957.

Palma, E. C.: Rinorraquia espontánea; consideraciones a propósito de un caso trata-

do quirúrgicamente. *Arch. Urg. Med.* 36: 320, 1950.

Schneider, R. C., Thompson, J. M.: Chronic and delayed traumatic cerebrospinal rhinorrhea as a source of recurrent attacks of meningitis. *Am. Surg.* 145: 517, 1957.

CORTIPATIA

UNA HISTORIA CLINICA CON EXPLORACION IMAGINARIA

Dr. Alfonso GARIBAY FERNÁNDEZ.
Torreón, Coah.
Al Dr. DON DANIEL GURRIA URGELL.

“O H, VOSOTROS, hombres que me mirais y me juzgais hurraño, loco o misántropo, ¡cuán injustos habéis sido conmigo!. ¡Ignoráis la oculta razón de que os parezca así! ¡Mi corazón y mi espíritu se mostraron inclinados, desde la infancia, al dulce sentimiento de bondad y a realizar grandes acciones he estado siempre dispuesto; pero pensar tan sólo cuál es mi espantosa situación, desde hace seis años, agravada por los médicos sin juicio, engañado de año en año con la esperanza de un mejoramiento, y al fin abandonado a la perspectiva de un mal curable, cuya duración demanda años tal vez, cuando no sea enteramente imposible. Dotado de un temperamento ardiente, activo, fácil a las distracciones de la sociedad debí apartarme de los hombres en edad temprana, pasar mi vida solitaria. Si alguna vez quise sobreponerme a todo ¡oh, cuán duramente chocaba con la triste realidad renovada siempre de mi mal! Y sin embargo no me era posible decir a los hombres. ¡Hablad más alto, gritad, porque soy sordo!.

Este pequeño trabajo no lleva la intención de establecer polémica, sólo es un mínimo reconocimiento a una de las figuras más extraordinarias que han existido y el aprovechamiento, de una manera irreverente, del somero relato de una vida única con objeto de señalar los adelantos de la Otolología Contemporánea.

... ¡Oh Dios, Tú miras desde lo alto en el fondo de mi corazón y lo conoces, sabes que en él moran el amor a los demás y el deseo de hacerles bien! Vosotros, hombres, si leéis un día esto, pensad que habéis sido injustos conmigo y que el desventurado se consuela al encontrar otro desventurado como él, que a pesar de todos los obstáculos de la naturaleza hizo cuanto estaba a su alcance para ser admitido en el rango de los artistas y de los hombres de elección”. (Fragmentos del Testamento de Heiligenstadt de Luis Van Beethoven).

Federico el Grande de Prusia y las Emperatrices de Austria y Rusia se repartían

las ganancias y Polonia desaparecía como nación independiente; Estados Unidos con la ayuda de las tropas francesas después de nueve años de lucha se independizaba de Inglaterra; Francia bajo el reinado de Luis XVI hacía la trascendental "declaración de los Derechos del Hombre" para que poco después se desencadenara la Revolución donde surgiría la República; el Gobierno del Terror guillotina a Dantón y a Robespierre; el Directorio ordena a Napoleón Bonaparte lanzarse sobre Austria; se pasea por Europa y Africa victorioso y gobierna, primero como cónsul y después como Emperador; las huestes Napoleónicas se opacan en Rusia y en España y sufren por fin la definitiva derrota de Waterloo; Napoleón muere cautivo en la isla de Santa Elena; Don Miguel Hidalgo y Costilla enarbola la Bandera de la Independencia de México y ésta se consuma en tiempos de Agustín de Iturbide; Bélgica es sometida a Holanda; Polonia no logra la Independencia y cambia de dueño; Suecia arrebatada Noruega. Este es el mundo social y político que observa Luis Van Beethoven desde su nacimiento el 16 de diciembre de 1770 en Bonn hasta su muerte el 26 de marzo de 1827 en la ciudad de Viena.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Cuando el niño Beethoven juguetea a las orillas del maravilloso Rin desconoce que muy cerca de él refulgen como astros de primera magnitud en el mundo de la música los privilegiados operistas Jommelli, Galluppi y Sachini. Juan Sebastián Bach es desconocido, pero sí se tiene co-

nocimiento de varios de sus hijos especialmente de Carlos Felipe Manuel y Juan Christian. Haendel está envejeciendo y pasando de moda; el prodigioso Mozart recorría con sus catorce años las cortes europeas; Haydn, desconocido aún, era director de orquesta en un rincón de Hungría. Cercanamente en su árbol genealógico encontramos dos músicos su abuelo con el mismo nombre de Luis y su padre Johann que muere en la misma ciudad de Bonn después de haber llevado una vida de alcohólico crónico. En la rama femenina es nieto de alcohólico y su madre es minada muy tempranamente por la tuberculosis. De sus hermanos, uno de ellos muere poco tiempo después de nacer de meningitis tuberculosa y el otro, Carlos, muere también tuberculoso a la edad de 40 años.

ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS

"Hablar del MUSICO es señalar a Juan Sebastián Bach; hablar de la MUSICA es decir Beethoven". Sin embargo, en la vida de este genio inconmesurable, capaz de dejar huellas imborrables en la historia de la Humanidad encontramos más desgracias que felicidad. Seguramente la única época agradable de su existencia fueron sus primeros cuatro años que estuvieron amparados por el viejo Luis Van Beethoven, su abuelo, que supo entregarle los únicos años de verdadera ternura que tuvo. De ahí en adelante la vida del genio sólo encontró desgracia, incomprensión, y sufrimiento. Surge a la vida dentro de un hogar pobre, manejado por un

padre que se gasta en vino la mayor parte de sus ingresos y por una madre aprisionada por la tuberculosis y su debilidad de espíritu.

El recuerdo de Leopoldo Mozart que unos años antes explotó por toda Europa a un niño prodigio, despertó la ambición de Juan Beethoven y como se trataba de una familia de músicos pronto entró al hogar un clavicémbulo en donde el pequeño Luis era obligado a repetir y repetir los ejercicios elementales; aun que el niño llora frecuentemente parece que no se resiste enérgicamente ni lo hace de mala gana; el despertar de una afición y el egoísmo de un padre brutal estaban modelando al futuro genio, que a los ocho años de edad en el programa se anunció que tenía seis —hace su primera presentación pública en las Academias Musicales de Colonia— cuya precocidad casi tanto como la de Mozart, escucha los primeros aplausos. Estos no se prodigan mucho en el resto de su vida pero a los trece años ya se expresaba así su profesor Nefé: “Luis Van Beethoven toca el piano con notable talento; descifra muy bien; toca de corrido «el Clavecín bien Templado» de Sebastián Bach”.

En la Viena de 1792 la música sonaba en todas partes; no solamente en el Teatro creado por José II o en la Puerta de Carintia sino también en la calle, en las plazas y en los barrios populares. Mozart estaba dentro del pueblo.

En este ambiente es donde se instala el joven Beethoven que seguramente abandonó su ciudad natal por consejos del mismo Haydn con el que tuvo ocasión de tener una larga conversación en Bonn.

Va en pos del triunfo devorado por la fiebre de la victoria, con mirada retadora y confiado en su fuerza.

Unos años más tarde escribe la siguiente nota: “¡Valor!” A pesar de todas las flaquezas del cuerpo, mi genio triunfará ¡Veinticinco Años! Los tengo ya y es necesario que en este año se revele el hombre todo entero”. Y así fué, una constante revelación, que principió en la mansión del Wetzlar con el desafío del gran concertista Wolfi y terminó cuando en su lecho de muerte parodió las memorables palabras de Augusto: “Plaudite, Amici, Comoedia Finita est.”.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

De mediana estatura, más bien bajo, ancho de espaldas y de complexión robusta, tenía el cuello corto, la cabeza gruesa, la frente ancha, la cara huesosa, la nariz corta y ligeramente aplanada, ojos azul grisáceo y cabellos negros, hirustos, indomables; la piel oscura curtida por el sol y por el aire del campo. A fines de su vida Herriot nos lo describe de esta guisa: “. . . cuando se dedica a sus abluciones sus mugidos se oyen desde fuera. Cuando se ha bañado, los charcos de agua inundan el piso para desesperación del propietario, del inocente inquilino inferior y para mal de su propio departamento. “Es una jaula de osos” declara Cherubini. “Es la celda de un loco”, afirman los maleicentes. “Es el tugurio de un pobre con su jergón”, pretende Bettina . . . Pero a menudo el “oso” abandona la jaula; ama los paseos al parque de Schoebrum, algún lugar del

bosque. Se calza hacia atrás un viejo fieltro patinado por la lluvia y el polvo, sacude su frac azul con botones de metal, anuda su pañuelo blanco alrededor de un cuello ampliamente abierto, y sale, gestícula a lo largo de las calles y de los caminos, las personas que le encuentran se detienen para observarle; las criaturas se burlan de él a tal punto que su sobrino Carlos se niega a salir con él. ¡Qué le importa la opinión de los demás! Los bolsillos de su frac se distienden con un cuaderno de música con un cornete acústico, sin contar ese grueso lápiz de carpintero que sobresale.

Desde su juventud tuvo grandes molestias en su aparato digestivo. Sus padecimientos intestinales y hepáticos fueron grandemente crueles con Beethoven. Frecuentemente se vió asediado por dolores intestinales, tipo cólico, diarreas que lo debilitan extraordinariamente y por frecuentes catarros bronquiales, que mantenían la preocupación constante de haber heredado la tuberculosis de la madre. Casi constantemente estaba en tratamiento y acudió en varias ocasiones a las curas crenoterápicas de Baden, Teplitz y Heilings-tadt. En este último lugar fué donde escribió su famoso Testamento en octubre de 1802.

Parece ser que padeció una fiebre tifoidea. Era muy frugal en las comidas y no fué gran bebedor. Hubo ocasión que circularon rumores calumniosos en este sentido pero hasta la fecha sus biógrafos no se han puesto de acuerdo si es un hecho que en los últimos años de su vida abusó un tanto del alcohol en compañía del violinista Holtz y tal vez esto fué lo que en

sus últimos años agravó su antigua enfermedad intestinal y hepática.

Realmente no existen antecedentes específicos ni de abusos sexuales. Antonio García Tapia basado en documentos de sus íntimos amigos: Ries, Breuning y Wegeler señala, en este aspecto, un Beethoven enamorado, no al estilo donjuanesco, sino con sentimientos inefables y dulces, con amor puro, fuerte, sereno, digno de ser santificado. Así aparece Julieta Guicciardi, espléndidamente hermosa que inspira una sonata inmortalizada por el editor con el nombre de Claro de Luna; coqueta, infantil y egoísta abandona al genio para unirse en matrimonio con el Conde Gallenberg, un mediocre compositor de ballets, Teresa Brunswick al parecer la "inmortal bienamada" que inspira la Apasionata y la dulce serenidad y optimismo que se deslizan en la Cuarta Sinfonía; Teresa Malfati, Bettina Bretano y algunas menos importantes. De todas maneras ninguna fué capaz de satisfacer el deseo grande, expresado durante toda su vida de formar un hogar, tener esposa e hijos. Afortunadamente para la humanidad esto no llegó a acontecer... posiblemente si ello sucede no hubiéramos conocido la Novena Sinfonía.

PADECIMIENTO ACTUAL

Se inicia la tragedia.

Dos sonatas para pianoforte y violoncello Op. 5, Concierto para pianoforte Op. 15, Sexteto para instrumentos de viento Op. 1, octeto para instrumentos de viento Op. 103, Sonata fácil para pianoforte, Sonata para pianoforte Op. 49 núm. 2,

Escena y Aria Op. 65, Canción de despedida a los Burgos Vieneses, es decir 1796. Empieza a sentir los primeros síntomas de su fatal sordera. Cree primero que provenía de un resfrío que lo aquejó durante algún tiempo. Los médicos lo atribuyen a desarreglos intestinales y recetan complicados tratamientos. Hay momentos de ligera mejoría pero el mal reaparece con mayor fuerza. Los oídos zumban y la audición es cada vez más menor. La desesperación surge cuando se dá cuenta que hay sonidos que él no percibe. Trata de ocultar su mal. Teme revelar que el órgano máspreciado de su economía le está traicionando: Teme a las críticas a su obra que muchos no comprenden. Vive torturado pero no puede callar su tragedia más tiempo. Paseando por el bosque con su amigo Ries no escucha la flauta de un pastor. Llega el momento de las confesiones y escribe a sus amigos Wegeler y Amenda: "Llevo una vida miserable; desde hace dos años eludo toda compañía, porque no me es posible conversar con los demás: soy sordo. Si tuviera cualquier otro oficio, esto sería llevadero; pero en el mío, mi situación es terrible..."

...En el teatro debo colocarme muy cerca de la orquesta para poder escuchar a los actores. Los sonidos ALTOS DE LOS INSTRUMENTOS Y DE LAS VOCES NO LOS OIGO SI ME COLOCO UN POCO LEJOS. CUANDO HABLAN SUAVEMENTE APENAS ENTIENDO Y, POR OTRA PARTE, CUANDO SE GRITA ES PARA MI INTOLERABLE..."

"...Tu Beethoven es profundamente desventurado. Debes saber que la parte

más noble de mí mismo, mi oído se ha debilitado mucho. Ya en la época en que estábamos juntos, sentía síntomas del mal y lo ocultaba; pero después he empeorado mucho. ¿Curaré?..."

Este dolor en la iniciación de la Tragedia quedó plasmado en las obras de esa época: La Tercera Sonata para piano y en la Sonata en Do Mayor Op. 13 llamada también patética escrita en los años 1798 y 1799.

Durante los años siguientes el espíritu del genial sordo del Bonn sigue envuelto en sombras ya que su sordera continúa su proceso evolutivo el fracaso emocional ocasionado por Julieta Guicciardi agrava extraordinariamente el mal físico; sin embargo, la humanidad es legada por una obra de gran sentido humano como lo es el Testamento de Heiligenstadt y en el campo musical por una fecunda producción. Podemos afirmar que el desarrollo franco del genio principia precisamente cuando su sordera le empieza a provocar limitaciones en su comunicación con el medio exterior. Sin hacer caso de las composiciones menores como sonatinas, lieder, variaciones, piezas para piano y violín, piano y violoncello, aparece en el medio musical de los últimos años del Siglo XVIII y principios del Siglo XIX obras de un lirismo profundo y de riquísima obra interior, que si bien es cierto que conservan todavía una fuerte influencia de Mozart y Heydn ya empiezan a acusar una personalidad propia y fuerte. No se sabe si son obras de Mozart o Haydn. Delacroix refiriéndose a esta época dijo: "junto a la imitación de Mozart que habla la lengua de los Dioses, se siente ya

respirar esa melancolía, con impulsos apasionados que a veces delatan un fuego interior como ciertos mugidos que exhalan los volcanes aún cuando no arrojan llamas”.

Aparecen la Primera y Segunda Sinfonías; pero pasemos la palabra a Romain Rolland: “...esta Segunda Sinfonía refleja su amor juvenil con mayor intensidad y en ella se advierte que su voluntad se impone sobre todo; una fuerza irresistible barre los tristes pensamientos y el final se levanta en impetuoso borbotar de vida. Beethoven quiere ser feliz; no quiere consentir en creer que es irremediable su infortunio; anhela su curación, desea el amor, desborda de esperanzas”.

Ilusionado en el momento de recurrir a los aparatos amplificadores del sonido que le construyó el mecánico Maelzel. Seguramente y lógicamente como veremos más tarde, estos aparatos no le sirvieron gran cosa pues en ningún escrito, tanto en su epistolario como el de sus cuadernos de conversación hace referencia a la utilidad prestada. Llegó a servirse de una varilla de madera, uno de cuyos extremos apoyaba en el piano y el otro lo sujetaba con los dientes. García Tapia dice que de este modo aprovechaba la conductividad ósea. No lo creemos, sentía las vibraciones solamente por un proceso igual al que actualmente seguimos en la rehabilitación del niño sordo, pero sin participación del aparato del oído.

Los terribles acúfenos y la implacable evolución de su sordera lo siguen aprisionando durante todo el primer decenio del siglo Diez y Nueve. Se ha vuelto hurraño, misántropo y muy irritable de ca-

rácter; sin embargo es cuando surge el verdadero Beethoven y sus obras han roto para siempre las primeras influencias. Como un torrente arrollador su inspiración crea cerca de cien obras. Estas principian con los Seis cuartetos para cuerda Op. 18 y terminan con las canciones populares Irlandesas Op. 81 pero entre estos dos extremos han surgido el Cristo en Monte de los Olivos, multitud de Sonatas, muchos Rodos, Danzas, Variaciones, Romanzas y nada menos que la Primera, Segunda, Tercera, Cuarta, Quinta y Sexta Sinfonía.

1810.—Ha llegado a los cuarenta años. Su producción ha sido de una intensidad extraordinaria no igualada nunca antes en la historia de la música. En esa época escribe a Bettina Brentano: “...mis oídos tienen por desgracia, un tabique a través del cual no puedo tener ninguna comunicación de amistad con los hombres...”, por su parte Bettina le escribía a Goethe: “Cuando lo ví por vez primera, el universo entero desapareció para mí. ¡Beethoven me hizo olvidar el mundo, y aún a tí mismo, oh Goethe. Creo no equivocarme al asegurar que este hombre se ha adelantado mucho a la civilización moderna”.

Para este tiempo su sordera le hacía huír de la gente y las singularidades de su carácter, que se acentuaban cada vez más en su vida retirada, hacían difíciles y muy breves las relaciones que al azar le hacía establecer”.

A partir de los cuarenta y cinco años de edad su sordera llega a lo máximo. Sólo puede comunicarse y entenderse por medio de la escritura. Era la época en que impresionaba cuando se ponía ante el pia-

no, la forma como golpeaba las teclas en las fuertes y la ligereza con que apoyaba sus manos sobre el teclado cuando debía ejecutar los "pianos" hasta el punto de que no se le oía. Un músico amigo relata así la escena: ... "Jamás sentí semejante opresión en el alma. Con la mano derecha tocaba el Do Mayor, mientras que con la izquierda hacía sonar sordamente el Si y parecía no advertir la disonancia. Cuántas veces repitió, para dejar oír el tono más suave del instrumento hizo mal los acordes. El más grande músico de la tierra no oía sus faltas".

En medio del silencio eterno, es cuando alcanza la cima de su carrera artística. No existe otro ejemplar en la historia. Sus últimos doce años de vida crea las obras cumbres de su existencia. Si en toda su vida sólo hubiera producido la Séptima y la Novena Sinfonía y la Misa Solemne era suficiente mérito para transponer los umbrales de la inmortalidad. El 7 de mayo de 1824 día en que dióse a conocer la Novena Sinfonía solo puede parangonarse a aquel Día de Todos los Santos de 1512, en que el autor del techo de la Sixtina hizo saltar sus andamios y reveló la obra terminada".

Los años de 1824 y 1825 fueron los años físicamente más duros para Luis Van Beethoven. En mayo de 1825 tuvo expectoraciones de sangre y hemorragias por la nariz; en ese tiempo le escribía a su sobrino Carlos. ... "Mi debilidad llega a menudo al extremo. La señora de la Guadaluña no tardará en venir..." Aún así todavía escribió sus cinco últimos cuartetos quizá los más excelsos.

Nos dice Enrique Planas: "Perdió el

conocimiento el domingo 25, después de una espantosa agonía falleció el 26 de marzo de 1827, entre las cinco y las seis de la tarde, en momentos en que una tormenta impresionante azotaba Viena.

La autopsia fué practicada por el doctor Wagner, del Museo de Patología de Viena. El reporte decía: "Después de vaciar el vientre que contenía siete litros de líquido, se encuentra el hígado retraído y muy atrofiado, duro como cuero (signos de cirrosis atrofica). La vesícula contenía arenillas. Los cálices renales también contenían concreciones calcareas. El cartilago de la oreja era de grandes dimensiones y de forma regular. La foseta escafoide, y sobre todo, el pabellón era muy amplios y tenían vez y media la profundidad habitual. Los diversos ángulos y salientes mostraban un relieve muy marcado. El conducto auditivo externo contenía películas epidérmicas brillantes, especialmente en la región del tímpano, que resultaba invisible. La trompa de Eustaquio se hallaba muy espesada; su mucosa, hinchada y un poco espesada hacia la parte ósea. La apófisis mastoide era grande y sus células, de tamaño considerable, estaban tapizadas por una mucosa hiperhémica. La misma hiperhemia se encontraba, en toda la sustancia del peñasco, atravesada por vasos sanguíneos importantes. En la región del caracol, la lámina espiral aparecía ligeramente enrojecida. Los nervios faciales eran de grueso considerable; los acústicos, al contrario atrofiados y privados de mielina. Las arterias acústicas que los acompañaban estaban rígidas y eran de consistencia cartilaginosa. El cerebro tenía más consistencia que en los casos comunes.

Las circunvalaciones aparecían hipertrofiadas y muy profundas las intructuosidades. La Bóveda craneana presentaba en toda su extensión una gran densidad y un espesor de una media pulgada aproximadamente”.

DIAGNOSTICO OTOLOGICO RETROSPECTIVO.

Es conveniente que nos demos cuenta del estado de la Medicina en General y en particular de la Otología en los años en que vivió Beethoven, para comprender, que para establecer un juicio sobre su padecimiento auricular no contamos con fuentes de información valederas de los médicos que lo trataron y que para ello sólo contamos con los pocos datos proporcionados por el epistolario y los cuadernos de conversación.

Cuando se inicia la tragedia en 1796, la Otología estaba prácticamente en pañales. Para ese tiempo los hechos Otológicos más importantes se derivan de los estudios anatómicos y anatomopatológicos de Eustacci, Valsava, Cotugno y Scarpa. Los estudios de estas personalidades fueron los que señalaron los grandes progresos de la Otología y de la cirugía del oído. Guilles Guyot, oficial postal en Versalles practica por primera vez el cateterismo de la trompa de Eustaquio en 1724, en 1741 la perfecciona el médico inglés Cleland. La trepanación de las mastoides la efectúa por primera vez Petit en 1744 y Cooper practica la perforación del tímpano en 1800. Los más grandes tratadistas de la época son: Gaspar Itard (1775-1838) que publica el primer libro sobre enfer-

medades del oído en 1821, Guillermo Kramer (1801-1805) Federico Von Troeltsch (1829-1890) publica un tratado de Otología que alcanza gran número de ediciones. José Toynbee (1815-1866) publica un catálogo descriptivo de preparaciones del oído practicadas sobre casi dos mil cadáveres. Próspero Meniere (1799-1862) publica en 1861 su célebre monografía; Corti en 1864 hace el descubrimiento, fecha decisiva en la Otología moderna, del órgano que lleva su nombre.

Total: en 1827, la Otología era casi desconocida. Los medios de exploración, las pruebas auditivas y la anatomía patológica del oído no habían nacido aún. Sin embargo en esta historia clínica podemos obtener los siguientes datos positivos:

1o.—La sordera empieza a los 26 años de edad sin dolor y sin supuración de los oídos.

2o.—Aunque primero se afectó el oído derecho muy pronto la afección fué bilateral.

3o.—Los acúfenos se presentaron simultáneamente con la hipoacusia.

4o.—La sordera en un principio fué exclusivamente para los tonos altos(ver las cartas dirigidas a Wegeler y Amenda).

5o.—El ruido le es intolerable.

6o.—El progreso de la hipoacusia fué al principio relativamente lenta cuatro o cinco años, para progresar rápidamente hasta la edad de cuarenta y cinco años en que llegó a ser total.

Con esta escasez relativa de datos, ya que carecemos de los valiosos que serían los datos de exploración, García Tapia llega, según su frase, racionalmente al

diagnóstico de Otoesclerosis con participación laberíntica. Y apoya su opinión en la de los médicos alemanes y en la de Viella, Canuyt y Pérez Mateos, y en general en la de cuantos se han ocupado de este caso.

Sin embargo, creemos que a la luz de los conocimientos actuales no podemos aceptar racionalmente dicho diagnóstico, aunque desde ahora aceptamos que sería muy difícil demostrar que no hubiera habido espongiosis de la cápsula laberíntica.

Analícemos la Sintomatología:

HIPOACUSIA PARA LOS TONOS ALTOS

Claramente señala Beethoven que no escuchaba los tonos altos; en ningún momento dice que su sordera haya principiado por los tonos bajos como casi siempre sucede con los otoescleróticos. Actualmente es de suma importancia señalar el sitio exacto de la lesión y no podemos conformarnos con la antigua división de sorderas conductivas, sorderas perspectivas; y sorderas mixtas. La audiometría electrónica a partir de los trabajos de Fowler padre ha conducido al reconocimiento del lugar, el punto de vista topográfico, donde se efectúan los fenómenos reaccionales frente a estímulos sobre el umbral, sobre el umbral diferencial o diferentes del umbral. De esta manera pueden ahora establecerse síndromes audiométricos más amplios y más claros en lo que respecta a al señalamiento de el lugar dañado en el complejo proceso auditivo. El sólo hecho de que se señale una hipoacusia para los tonos altos nos autoriza a pensar, desde

luego, en una sordera de percepción. El audiograma seguramente tendrá una caída a nivel de los mil ciclos tanto en vía aérea como en vía ósea. Este simple examen, importante ya, que permite establecer el diagnóstico entre hipoacusias por transmisión y por percepción nos permite diferenciar estas últimas entre sí. Para diferenciar las sorderas perceptivas seguiremos el modelo señalado por Tato de la Argentina. Para ello contamos con las siguientes pruebas.

1o.—Umbral de audibilidad incómoda. (con intensidad fuerte).—El umbral de audibilidad cómoda, es el mínimo de intensidad necesario que se alcanza cuando un sonido se hace desagradable. Este umbral se encuentra entre los 120 y 125 y entre los 250 y 8,000 ciclos. El ruido simple intenso molesta a Beethoven. Seguramente en esta prueba encontraríamos el umbral francamente descendido.

6o.—Umbral de Algiacusia.—La algiacusia, hiperestesia acúsica o fonofobia es el nivel de intensidad que provoca una sensación dolorosa e intolerable. Esta se alcanza en los 135 a 140 Db. Esta prueba por las razones anteriores y si se hubiera efectuado alrededor del año 1800 la hubiéramos encontrado también con el umbral desconocida. Esta prueba da una vehemente presunción de cortipatía.

3o.—Recuperación de volúmenes de Fowler.—Fenómeno de Recruitment. Esta prueba sólo puede efectuarse, para lograr su rendimiento total, en las hipoacusias monóticas o cuando hay una gran diferencia de agudeza auditiva entre uno y otro oído. En esta forma sólo pudo haberse efectuado en el principio de la dolencia

en que por algún tiempo existía hipoacusia de un sólo lado o cuando menos era más notable en un oído. Cuando el fenómeno de Recruitment se presente es patognomónico de una lesión del Corti. Desgraciadamente es de difícil maniobra y actualmente la ejecutamos, no en el audiómetro sino con la logaudiometría, más fácil de hacerse y de resultados claros y precisos.

40.—Umbral diferencial de intensidad. En los casos en que se presenta el fenómeno de Fowler o Recruitment el umbral de modulación de intensidad es más pequeño que el normal. Lüscher piensa que si esto se presenta revela seguramente una Cortipatía.

50.—La Diplacusia.—Es Patognomónica de lesiones del órgano de Corti; en nuestro genial sordo no hay datos para pensar que hubiera presentado el fenómeno pero tampoco hay referencias de que hubiera presentado paracusia de Willis, que se presenta en la otoesclerosis.

60.—Fatiga.—Adaptación.—Se entiende por fatiga el desplazamiento que sufre el umbral de audibilidad cuando se aplica previamente otro sonido. Según Lüscher y otros el efecto per-estimulante se denomina adaptación. En el único caso que esta prueba puede presentarse positiva, haciéndose muy aparente es en las cortipatías. Esta prueba tiene el mismo significado que el fenómeno de Recruitment y tiene una gran importancia clínica cuando los otros síndromes son difíciles de buscar como en las Hipoacusias bilaterales simétricas y planas o en las Cortipatías sin desplazamiento del umbral.

70.—Logaudiometría.—Si se estudia la función o perfil auditivo hasta más allá del máximo de discriminación hasta el rendimiento máximo del audiómetro se obtienen resultados que permiten diferenciar las Corticopatías, de las neuronopatías. Cuando existe fenómeno de recruitment después de alcanzar el máximo, el por ciento de discriminación desciende rápidamente dando a la parte superior del perfil la forma de un casco; no así en caso de neuronopatía cuyo descenso, más allá del máximo es en pendiente leve.

Con estas pruebas, fundamentales, se han podido crear actualmente nuevos síndromes que van un poco más allá de los creados en la era pre-electrónica. Los síndromes encontrados en la práctica son los siguientes:

I.—Cortipatías:

a).—Con descenso del umbral de la audibilidad mínima.

b).—Sin descenso del umbral de la audibilidad mínima.

Con respecto a las primeras es muy interesante pues resuelven problemas de diagnóstico que frecuentemente se presentan en enfermos que llegan a consultar porque los sonidos fuerte les son desagradables o hasta dolorosos o porque tienen en exclusividad un acúfeno agudo o porque se quejan que en las conversaciones de grupos donde se habla fuerte se sienten incómodos y pierden ciertas palabras. Posiblemente fué el caso de Beethoven en la iniciación de su padecimiento.

II.—Neuronopatías:

a).—Primera neurona o segunda en el núcleo bulbar.

b).—Segunda neurona por encima del núcleo de la tercera neurona.

III.—Corticopatía:

IV.—Psicogénica.

a).—Involuntaria (histerismo).

b).—Voluntaria:

¿Cómo pudo el genial sordo de Bonn crear su maravillosa producción musical estando sordo? ¿Cómo le fué posible exteriorizar, dar vida real, instrumental a la música que brota de su imaginación? Dos preguntas que por lo sugestivo no se resiste la tentación de buscar su respuesta.

La música se puede exteriorizar de dos maneras: Dictando lo que brota de la imaginación; llevándola directamente al instrumento musical o trasladándola al papel pautado. Esto último es lo que hacía Beethoven. "...Cuando el espíritu me habla, escribo lo que él me dicta"; "...Mi método de componer es siempre tener el conjunto ante los ojos". ... es necesario escribir sin piano".

Tradladar las concepciones musicales al papel pautado es un acto que los músicos ejecutan automáticamente. Para explicar este fenómeno hay que recordar los hallazgos de Cajal. Para ello hacemos nuestras las palabras de García Tapia: "El órgano periférico de la audición es el receptor de las ondas sonoras, las cuales mediante el nervio coclear son transmitidas en forma de imágenes auditivas al centro cerebral de percepción, y de éste, a sus vecinos centros conmemorativos o neumónicos. Si el oído interno o las vías cocleares no funcionan congénitamente o dejan de funcionar en los primeros meses

de vida (en los primeros tres años, decimos nosotros) el niño no oirá ni conservará recuerdo del sonido porque nunca lo oyó (o no durante el tiempo suficiente volvemos a decir nosotros). Es el caso del sordomudo.

Si las lesiones del laberíntico acústico y aún del centro de percepción se producen en un adulto que ha gozado muchos años del buen oído, el paciente quedará totalmente sordo, pero en tanto se mantengan intactos los centros conmemorativos, conservará la memoria de los sonidos y podrá seguir cantando las canciones aprendidas.

En el caso de Beethoven concurrieron circunstancias muy interesantes y excepcionales. El órgano auditivo periférico era perfecto; él lo dice en su carta testamento: "Yo he poseído el sentido del oído en una perfección que seguramente no tuvo jamás ninguno de mi oficio". Sus centros de percepción y los centros neumónicos estaban maravillosamente organizados para la música, por razón de herencia, por la hipertrofia de la vía nerviosa a causa del ejercicio perseverante, por la creación de nuevas conexiones interneurales y tal vez, por el acercamiento del metabolismo de las células nerviosas y la formación más activa de mediadores químicos o de fenómenos bioeléctricos?

En estas circunstancias, después de haber ejercido la función auditiva con un trabajo musical perseverante, comienza a disminuir su audición a los 26 años, llegando a perderla totalmente a los 45. Y todo esto a causa de una afección periférica, extracerebral. Por consiguiente el

genial sordo mantenía intactos sus privilegiados centros cerebrales neumónicos donde se almacenan los recuerdos y las imágenes combinadas. El recuerdo musical, que todo el mundo conserva está tan desarrollado en los músicos de envergadura, que, como nos decía Arbós: "La memoria musical no es sólo el recuerdo o reproducción del sonido abstracto; inconsciente automático y simultáneamente, damos al sonido sus notas, sus accidentes y su tesitura", Beethoven, sordo, conserva-

ba todos estos centros cerebrales. Y como toda perfecta máquina su espíritu privilegiado pudo crear la gigantesca obra musical que ha inmortalizado su nombre".

Para terminar sólo dos comentarios:

Si el precio del genio, de la inmortalidad, es el sufrimiento a grandes alturas y tal miseria física. ¡Bendita sea nuestra sagrada mediocridad! y aparte la única y real invalidez que existe es cuando se es inválido del alma.

DISPRINA

**Acido Acetilsalicílico soluble, neutro
y de buen sabor en tabletas estables**

La "Disprina" posee todas las cualidades valiosas del acetilsalicilato de calcio: analgésica, antipirética y antirreumática. Por ser soluble, es más rápidamente absorbida y, en consecuencia, su efecto clínico es más inmediato. Además, no da lugar a irritación de la mucosa gástrica.

Las tabletas de "Disprina" se disuelven rápidamente en agua, dando lugar a una solución de acetilsalicilato de calcio neutro y de buen sabor.

Acetilsalicilato de calcio, soluble, estable,
neutro y de buen sabor.

"DISPRINA"

Presentación: Frasco de 26 tabletas.



Fabricado por:

RECKITT & COLMAN LTD.

Kingston Works, Danson Lane, Hull, Inglaterra

Representante:

QUIMICA FRANCO MEXICANA, S. A.

Calz. de Camarones No. 134 - México 16, D. F.

Distribuidores exclusivos:

ANDRE BIGAUX, S. A.

Calz. de Camarones No. 138 - México 16, D. F.

Reg. No. 36206 S. S. A.

Prop. No. AB-6515/57 S. S. A.

ESTREPTO-QUEMISULFAN

ERBA

ASOCIACION SINERGICA DE SUCCINATO DE CLORAMFENICOL,
ESTREPTOMICINA Y SULFADIAZINA PARA USO INTRAMUSCULAR



AMPLIO CAMPO DE ACCION

TOXICIDAD MINIMA A DOSIS TERAPEUTICAS

MAYOR EFECTIVIDAD TERAPEUTICA

MINIMA INDUCCION DE RESISTENCIA BACTERIANA

Psología

Mezclar asépticamente el contenido de la ampollita en el frasco- ampola e inyectar la mitad del contenido cada 6 a 12 horas POR VIA INTRAMUSCULAR EXCLUSIVAMENTE. Una vez preparada la solución no debe usarse después de 24 horas.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

Reg. No. 48410 S. S. A.

Prop. No. A-6025/57 S. S. A.

CARLO ERBA
de México, S. A.

M. A. DE QUEVEDO 555

MEXICO 21, D. F.

A-SERVET

Nueva sal de VITAMINA A que permite su administración en TABLETAS.

Cada tableta contiene: 50,000 unidades de VITAMINA A. Esta alta dosificación hace este producto indicado en:

OZENA · TINNITUS

EL ACETATO DE VITAMINA "A" base de las tabletas de A-Servet, ofrece la posibilidad de ser comprimido, con lo cual se evita el mal sabor propio de los preparados en forma de jarabes, gotas, etc. . . .

(Dispensatory of U. S. A., 1955, p. 915).

VERTIGO · SORDERA



LABORATORIOS SERVET, S. A.

Rhin No. 76

México, D. F.

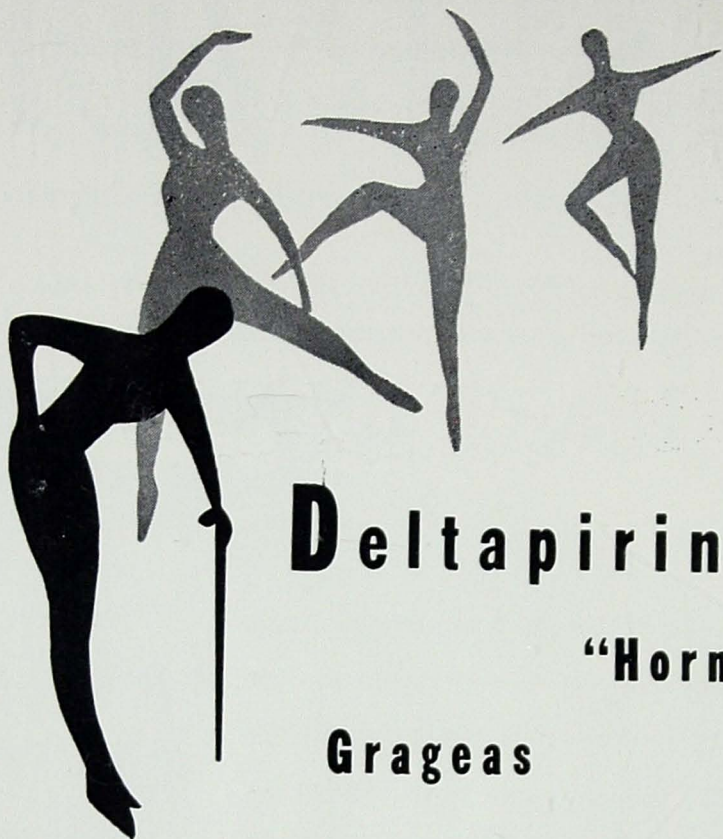
Reg. No. 44852 S. S. A.

Prop. No. AB-8093/57

Los conceptos vertidos en esta

literatura son de la responsabilidad exclusiva de los autores mencionados en la Bibliografía.

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



Deltapirina

"Hormona"

Grageas

PREDNISONA

FENILBUTAZONA

AMINOPIRINA

1 mg.

125 mg.

125 mg.

ACCION

ANALGESICA Y

ANTI-INFLAMATORIA

LOS ANTIRREUMATICOS MAS EFECTIVOS EN UNA COMBINACION BIEN TOLERADA
DOSIS BAJAS, NO TOXICAS, SUMAN SUS EFECTOS TERAPEUTICOS.

DELTAPIRINA "HORMONA"

FRASCOS CON 20 Y 100 GRAGEAS

Antes de administrar este medicamento se deberá investigar el estado del aparato digestivo, hígado y riñón. Durante el tratamiento deberán efectuarse frecuentes biometrías hemáticas.

LABORATORIOS "HORMONA", S. A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

REG. Núm. 48395 S. S. A.

PROP. Núm. A-B-5357/57 S. S. A.

SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

MONTERREY No. 47-201

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

MESA DIRECTIVA

| | |
|-----------------------|----------------------------------|
| Presidente Honorario: | DR. DANIEL GURRIA URGELL |
| Presidente: | ✕ DR. RAFAEL GIORGANA |
| Secretario: | ✕ DR. CARLOS VALENZUELA EZQUERRO |
| Tesorero: | ✕ DR. BENITO MADARIAGA RANGEL |
| 1er. Vocal: | ✕ DR. RAFAEL GONZALEZ RIVAS |
| 2o. Vocal: | DR. JUAN OBERHAUSER M. |

SOCIOS ACTIVOS

✕ Dr. José T. Aguilera
Durango No. 192
Tels.: 28-91-25 y 10-50-92
México 7, D. F.
Dr. Humberto Alcocer
Colima No. 330-4° piso
Tels.: 35-37-85 y 25-61-23.
México, D. F.
Dr. Juan Andrade Pradillo
Empanan No. 39-1
Tels.: 12-43-56 y 14-17-14
México, D. F.
Dr. Pedro Andrade Pradillo
San Luis Potosí No. 44
Tel.: 11-55-53
México, D. F.
Dr. Manuel Arrijoa Lima
20 de Noviembre No. 79-4
Tels.: 13-90-19 y 17-00-11
México, D. F.
Dr. Miguel Arroyo Guijosa
Medellín No. 94-5° Piso
México 7, D. F.
Dr. Jaime Asch
Insurgentes No. 429-43
Tels.: 23-19-12 y 11-76-33
México, D. F.
Dr. Tomás I. Azuara S.
Tonalá No. 79
Tels.: 14-05-30 y 14-05-80
México, D. F.

Dr. Isaiás Balanzario Rosas
Lerma No. 90
Tels.: 11-91-97 y 11-35-13
México, D. F.

Dr. Mario Antonio Barrón y S.
Garrido No. 204-E
Tel.: 17-35-34
México, D. F.
Dr. Juan Becerril Carmona
Donceles No. 86
Tel.: 12-25-22
México, D. F.
Dr. Pedro Berruecos
Progreso No. 141-A
Tel.: 15-34-79
México, D. F.
Dr. Oscar Bonilla González
Tabasco No. 332
Tels.: 14-98-25 y 20-01-28
México, D. F.
Dr. Andrés Bustamante Gurriá
Medellín No. 94
Tels.: 11-25-44 y 24-72-50
México, D. F.

Dr. Octavio Cal y Mayor
Rincón del Bosque No. 29
Tel.: 28-90-26
México, D. F.

Dr. Jaime Carrillo Jr.
Zacatecas No. 236
Tels.: 24-76-46 y 25-17-00
México, D. F.
Dr. Javier Castillo Dibildox
Mérida No. 119
Tel.: 14-66-47
México 7, D. F.
Dr. Jorge Corvera Bernardelli
Insurgentes No. 825-201
Tels.: 28-73-44 y 43-16-76
México, D. F.
Dr. Enrique Culebro Carrieri
Sinaloa No. 84-1
Tel.: 11-52-87
México, D. F.
Dr. Efraín Dávalos
Medellín No. 94
Tel.: 11-25-44
México 7, D. F.
Dr. Andrés Bustamante B.
Medellín No. 94
Tel.: 11-25-44
México, D. F.
Dr. Andrés L. Delgado
Av. Nuevo León No. 221-3
Tel. 15-50-16
México, D. F.
Dr. Leo Deutsch
Reforma No. 510-602
Tels.: 14-37-02 y 14-64-34
México, D. F.
Dr. Salvador Durán T.
Arista No. 24
Tel.: 26-99-03
México, D. F.
Dr. Victoriano M. de Acosta
Av. Chapultepec No. 500
Tels.: 25-36-11 y 35-23-56
México, D. F.
Dr. Eduardo de la Parra
Colima No. 330-4° piso
Tels.: 35-37-85 y 28-73-44
México, D. F.
Dr. Ramón del Villar
Amsterdan No. 295
Tels.: 28-59-29 y 23-11-69
México, D. F.
Dr. Eduardo de Gortari
Bucareli No. 181-1
Tel.: 13-51-79
México, D. F.
Dr. Alfonso Espinosa Grande
Av. Chapultepec No. 178
Tel.: 11-04-80
México, D. F.
Dr. Eligio Esquivel Medina
Sinaloa No. 10-4° piso
Tel.: 11-10-89
México 7, D. F.

Dr. Oscar Farías Alvarez
Tonalá No. 79
Tels.: 14-05-30 y 14-05-80
México, D. F.
Dr. Manuel Fernández Posada
Guerrero No. 2-202
Tels.: 21-24-21
México, D. F.
Dr. Mario Galindo Hernández
Palma Norte No. 335 desp. 1
Tels.: 21-60-36 y 20-67-77
México, D. F.
Dr. Alberto Gallegos Domínguez
Av. Revolución No. 42-7
Tels.: 15-37-03 y 15-44-13
México, D. F.
Dr. Rafael Giorgana
Tonalá No. 79-20. Piso
Tels.: 14-05-80 y 14-05-30
México, D. F.
Dr. Armando González Gomar
Av. de los Fresnos No. 238
Tels.: 28-03-41 y 28-06-44
México, D. F.
Dr. Luis González Rentería
Monterrey No. 47-1er. Piso
Tel.: 28-62-67
México, D. F.
Dr. Rafael González Rivas
Tonalá No. 79
Tels.: 14-05-30 y 14-05-80
México 7, D. F.
Dr. José Luis González Salas
Arista No. 24
Tel.: 26-76-48
México, D. F.
Dr. Armando Gutiérrez M.
Casas Grandes No. 287
Tel. 19-65-18
Col. Narvarte, Zona 12.
Dr. Gaspar Hernández
Jalapa No. 13
Tel.: 12-25-27
México, D. F.
Dr. Mariano Hernández G.
Medellín No. 94-5° Piso
Tel.: 35-08-44
México, D. F.
Dr. Carlos Herrera Garduño
Dr. Mora No. 80
Tel.: 21-03-38
México, D. F.
Dr. Gustavo Jeréz Tablada
Tabasco No. 332
Tel.: 21-03-38
México 7, D. F.
Dr. Luis G. Labastida
Palma Norte No. 405-301
México, D. F.

Dr. Manuel López y López
Dinamarca No. 88
Tels.: 11-43-00 y 12-51-57
México, D. F.

Dr. Benjamín Macías Jr.
Leibnitz No. 1-7° Piso
Tels.: 25-50-58
México 5, D. F.
Dr. Benito Madariaga Rangel
Tonalá No. 178-3er. piso
Tels.: 25-57-66 y 27-42-09

Dr. Ernesto Manero
Oaxaca No. 92-altos 2
Tels.: 43-01-47
México, D. F.
Dr. Efrén Marín

Orizaba No. 185
Tels.: 46-34-80 y 14-12-65
México, D. F.

Dr. Fernando Meléndez C.
Mariano Escobedo No. 536
Tels.: 14-07-10
México, D. F.

Dr. Rubén Mingramm C.
Chilpancingo No. 56
Tel.: 25-45-70
México, D. F.

Dr. Federico Molas
San Juan de Letrán No. 9-505
Tels.: 21-79-78 y 35-83-84
México, D. F.

Dr. Juan Oberhauser
San Francisco No. 620
Tels.: 23-14-74 y 46-03-86
México, D. F.

Dr. César Ortiz Jara
Mazatlán No. 192-2
Tels.: 15-11-48 y 15-63-47
México, D. F.

Dr. Rafael Pacchiano
Amores No. 96
Tels.: 23-67-80 y 23-34-15
México, D. F.

Dr. Angel Pérez Aragón
Río Sena No. 88
Tels.: 11-21-82 y 23-01-39
México, D. F.

Dr. Raúl Pérez Herrera
Berlín No. 31-301
Tels.: 46-20-19 y 20-07-61
México, D. F.

Dr. Ernesto Pérez Fuentes
J. García Icazbalceta No. 78
Tel.: 46-24-16
México, D. F.
Dr. Guillermo Pérez Villasante
Monterrey No. 101-1er. Piso
Tels.: 11-17-50 y 11-20-94
México, D. F.

Dr. José Manuel Rangel Obregón
Víctor Hugo No. 79
Tel.: 11-49-00
México, D. F.
Dr. Benito Rebolledo Vergara
Colima No. 211. Col. Roma,
México, D. F.
Dr. Walter Reinking
Paseo de la Reforma No. 458-1er. Piso.
Tels.: 11-73-85 y 20-23-07
México, D. F.
Dr. Federico Reyes Rodríguez
Av. Chapultepec No. 408
"Clínica Ollervides"
Tel.: 25-10-20
México, D. F.
Dr. Daniel Roldán Posada
Durango No. 108 esq. Jalapa
Tel.: 25-41-46
México, D. F.
Dr. Ramón Ruenes Fernández
Guanajuato No. 94. Col. Roma.
Tel.: 25-18-85
México, D. F.

Dr. Roberto L. Sánchez
Quevético No. 131
Tel.: 46-43-28
México, D. F.
Dr. Leonardo Silva Espinoza
Bahía de Magdalena No. 117, Col. Anzures
Tels.: 14-87-25 y 11-11-15
México, D. F.

Dr. Carlos Tapia Acuña
Tuxpan No. 20
Tels.: 25-03-00 y 28-76-35
México, D. F.
Dr. Ricardo Tapia Acuña
Nápoles No. 9-6
Tels.: 46-23-65 y 11-27-49
México, D. F.
Dr. Severino Tarasco
Nuevo León No. 221-3
Tel.: 15-05-16
México, D. F.
Dr. Plutarco Torres Luquín
Av. Chapultepec No. 349
Tels.: 14-53-15 y 28-74-48
México, D. F.

Dra. Isabel Torices
Salvador Díaz Mirón No. 154
Tel.: 16-24-42
México, D. F.
Dra. Gabriela Torres Courtney
Cerrada de Tlaxcala No. 12
Tel.: 11-80-20
México, D. F.

Dr. Carlos Valenzuela Ezquerro
Monterrey No. 47-201
Tels.: 11-78-24 y 20-65-61
México, D. F.

Dr. Luis Vaquero S.
Maestro Antonio Caso No. 150-1
Tels.: 16-53-69 y 16-53-85
México, D. F.
Dr. Ricardo H. Villanueva
Av. Juárez No. 145-7
Tels.: 12-32-21 y 11-90-88
México, D. F.

Dr. Joaquín Zermeño
Tacuba No. 33-303
Tel.: 10-24-39
México, D. F.

SOCIOS ACTIVOS FORANEOS

CHIAPAS

Dr. José Cruz Sambrano
Edificio Corzo
Tuxtla Gutiérrez, Chis.

CHIHUAHUA

Dr. Ignacio Peraldi Ferriño
Cerrada del Teatro No. 401
Cd. Juárez, Chih.
Dr. Salvador Ortiz Chavarria
Clínica Chihuahua Desp. 404
Chihuahua, Chih.

COAHUILA

Dr. Jesús García López
Hospital Carbonífera
Nueva Rosita, Coah.
Dr. Alfonso Garibay Fernández
Hidalgo y Rodríguez
Torreón, Coah.
Dr. Oliverio Lozano Rocha
Juárez No. 324 Pte.
Torreón, Coah.
Dr. Gilberto Martínez C.
Zaragoza No. 308
Saltillo, Coah.

HIDALGO

Dr. Pelayo Vilar Canales
V. Carranza No. 4
Pachuca, Hgo.

JALISCO

Dr. Gabriel Camarena G.
Pedro Moreno No. 884
Guadalajara, Jal.
Dr. Rodolfo Cortés Ochoa
Av. Morelos No. 87
Guadalajara, Jal.
Dr. Manuel Flores Castro
Madero No. 379
Guadalajara, Jal.

Dr. Javier Gómez Orozco
López Cotilla No. 420
Guadalajara, Jal.
Dr. Marcelino Gómez Orozco
Prisciliano Sánchez No. 407
Guadalajara, Jal.
Dr. José C. Sánchez Cortés
Pedro Moreno No. 315
Guadalajara, Jal.
Dr. Félix Michel
Pavo No. 112
Guadalajara, Jal.

MICHOACAN

Dr. Francisco Rivadeneyra
Centro Médico Morelia
Morelia, Mich.

MORELOS

Dr. Francisco Vázquez Gómez
Degollado No. 24
Cuernavaca, Mor.

NUEVO LEON

Dr. Roberto Garzán González
Padre Mier No. 321 Pte.
Monterrey, N. L.
Dr. Adolfo Garza
Diego Montemayor No. 716
Monterrey, N. L.
Dr. Armando Ibarra Ramos
20 de Noviembre No. 406 Sur
Monterrey, N. L.
Dr. Sixto Martínez Garza
Pino Suárez No. 440 Sur
Monterrey, N. L.
Dra. Ma. Elena Martínez C.
Aramberri No. 1849 Pte.
Monterrey, N. L.
Dr. Angel Quijano
Rayón No. 250 Norte
Monterrey, N. L.

Dr. Oscar Treviño Landois
Hidalgo No. 135 Ote.
Monterrey, N. L.

OAXACA

Dr. Alberto E. Narváez
Av. Reforma No. 18
Oaxaca, Oax.

PUEBLA

Dr. Ignacio Bauza
13 Sur. No. 501
Puebla, Pue.
Dr. Jaime Garzón V.
2 Norte No. 1003
Puebla, Pue.
Dr. Efrén Gómez Ballesteros
2 Poniente No. 106
Puebla, Pue.
Dr. Francisco Jiménez
13 Sur No. 301
Puebla, Pue.
Dr. Roberto Larragoiti
2 Sur No. 502-302
Puebla, Pue.

SAN LUIS POTOSI

Dr. Carlos Guerra González
Independencia No. 103
San Luis Potosí, S. L. P.
Dr. José C. Sánchez Castillo
Av. Juárez No. 160
San Luis Potosí, S. L. P.

SINALOA

Dr. Armando Olivera Quiróz
Rósaes No. 438 Pte.
Culiacán, Sin.

SONORA

Dr. José M. Lincona
Jesús García No. 54
Hermosillo, Son.

TAMAULIPAS

Dr. Emilio Bracho Mijares
Av. Hidalgo No. 3204
Tampico, Tamps.
Dr. Carlos González Fernández
P. Díaz No. 918
Cd. Reynosa, Tamps.
Dr. Luis Gutiérrez Sánchez
Aurora No. 118 Sur
Tampico, Tamps.
Dr. Mario Mena Treviño
Matamoros No. 508 altos
N. Laredo, Tamps.
Dr. Alberto L. Valdés
Abasolo y 5a.
H. Matamoros, Tamps.

VERACRUZ

Dr. Agustín Aguilar
Sur 5 Ote.
Orizaba, Ver.
Dr. Eduardo Canudas y Orezza
3 Carabelas No. 65
Veracruz, Ver.
Dr. José Luis de Leo
Juárez 98 altos, esq. Madero
Veracruz, Ver.
Dr. Roberto Said Laserre
Hospital de Petróleos Mexicanos
Poza Rica, Ver.

ZACATECAS

Dr. Romeo Romero Sandoval
Plaza Principal No. 10
Jeréz, Zac.

TOLUCA, MEX.

Dr. Jesús Chávez
Morelos No. 8
Toluca, Méx.

SOCIOS ADSCRITOS

Dr. Jorge Caraza
Uruapan No. 3
Tels.: 11-22-50 y 20-12-69
México 7, D. F.
Dr. Julio Cuevas Velázquez
Jalapa No. 113
Tel.: 14-36-16
México 7, D. F.
Dr. Francisco Durán Acosta
Insurgentes No. 254-503
Tel.: 11-09-29
México, D. F.

Dr. Eduardo Echeverría
Zacatecas No. 236
Tels.: 25-17-00 y 14-87-24
México, D. F.
Dr. Mario González Ulloa
Tuxpan No. 23
Tels.: 11-83-87 y 11-68-64
México, D. F.
Dr. Carlos Hernández R.
Marsella No. 43
Tels.: 28-63-00 y 24-63-62
México 6, D. F.

Dr. Fernando Martínez Cortés
Medellín No. 94
Tels.: 46-76-00 y 28-07-68
México 7, D. F.

Sr. Anunciante:

PARA TODO ASUNTO RELACIONADO
CON INSERCIÓN DE ANUNCIOS PUEDE
USTED DIRIGIRSE AL DR. LUIS MARQUEZ.

QUERETARO 128.

TEL. 25-30-19.