

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

NOVIEMBRE - DICIEMBRE DE 1958

NUM. 35

S U M A R I O

Homenaje al Maestro, Doctor Dn. Daniel Gurría Urgell.— <i>Dr. Pedro Berruecos Téllez</i>	55
Revisión de 40 Casos de Movilización del Estribo. <i>Dres. José L. González Salas y Andrés Bustamante Gurría</i>	57
La Hidrocortisona en la Caja Timpánica.— <i>Dr. José Sánchez Cortés</i>	63
Registro de Nistagmus con Equipo de Electroencefalografía. (Reporte Preliminar).— <i>Dr. Pedro Ortiz E.</i>	69
Caso Clínico Presentado en la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.— <i>Dr. Alfonso Espinosa Graude</i>	73
Noticias	77

REGISTROS PENDIENTES

Terramicina*

marca de la oxitetraciclina



POSOLOGIA

ADULTOS

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

NIÑOS

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

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

Pfizer

VARIOS ASPECTOS DEL HOMENAJE AL SR. DOCTOR DON DANIEL GURRIA URGELL



De l. a D.—Dres. Rafael González Rivas, Benito Madariaga, Juan Becerril, J. Vicente Manero, Raoul Fournier, Daniel Gurria Urgell.



De l. a D.—Dr. Rafael Giorgana, Sra. María Luisa de la Concha de Giorgana, Dr. Ignacio Chávez, Sra. Carmela Balcarsel de Bustamante, Dr. Andrés Bustamante Gurria.



De l. a D.—Dr. Andrés Bustamante Gurría, Sra. Luz Dosal de Valenzuela, Dr. Carlos Valenzuela, Dr. Miguel Arroyo Guijosa.



De l. a D.—Dres. P. Torres Luquín, Pedro Berruecos Téllez y Francisco Jiménez.

Homenaje al Maestro, Doctor Dn. Daniel Gurría Urgell

Dr. Pedro BERRUECOS TÉLLEZ.

NO era cosa difícil agrupar a su alrededor tantas personas —y personalidades—. Tampoco lo es el que el árbol frondoso forme un amplio cobijo bajo sus ramas. Así fué como familiares y amigos, compañeros y discípulos, acudieron a un simple aviso a la cita y llenaron las mesas en torno al Maestro. No era un ágape común, con protocolos y fórmulas; fué la concurrencia libre, espontánea, generosa, abundante, particularmente de aquéllos cuyas inquietudes palpitan en el campo al que él apuntó, marcando rumbos, trazando caminos, revistiéndolo de señorío, cubriéndolo de dignidad.

Nuestra casa de estudios, representada en la persona de su digno Director; el Instituto Nacional de Cardiología, con la presencia de su fundador; los ex-Presidentes de la Sociedad Mexicana de Oto-rino-laringología y de su predecesora: la Sociedad Mexicana de Oftalmología y Oto-rino-laringología; los miembros de esa su familia, cada uno de los cuales ha sido luz, lo mismo en el Foro, que en las Letras

o en las disciplinas Médicas; los que fueron sus alumnos y quienes hubiéramos deseado serlo; todos, unidos, celebrábamos su exaltación a la Presidencia Honoraria de la Sociedad Mexicana de Oto-rino-laringología, la misma que desenvolviéndose lentamente bajo el amparo de la vieja Sociedad Mexicana de Oftalmología, allá por los principios del 46, bajo nuestra Presidencia e iniciativa y con su apoyo y consejo, recibió el impulso definitivo y pudo constituirse en la semilla de lo que ahora es: una agrupación vigorosa, fuerte, preñada de frutos. Y quién con más derecho y arraigo para ocupar ese sitio que aquél que con la tenacidad del espíritu, el pensamiento hecho acción, el brillo en la idea, la agilidad en la pluma y la honradez en el alma, desató las amarras, izó las velas, aprovechó los vientos y supo llevar a puerto los destinos de una actividad médica, tan despreciada antaño como respetada ahora; tan limitada en sus principios y a pesar de cuyas limitaciones él avizoraba lo que habría de venir más tarde!

Batallador incansable, ahora contempla las cosechas que nunca le serán ajenas, desde el plan en el cual todos —voz unánime— por sus merecimientos, lo hemos situado en el cual permanecerá hasta que lamentablemente se extinga la luz de su existencia . . . ¡que la de su espíritu siempre habrá de alumbrarnos!

Las palabras sinceras de Vicente Manero; las nuestras, emocionadas y ahora renovadas en la emoción al pergeñar estas líneas; las de Raoul Fournier, limpias y claras, dejando en sus manos el pergamino del recuerdo, todas ellas formaron tan sólo un marco para encerrar en él los conceptos profundos, las ideas brillantes, envueltas en las formas sencillas, expresivas, honestas, de Dn. Daniel Gurría Urgell.

En esos momentos, flotaba el silencio. Y sobre el silencio, sus palabras. Quedamente, llegaban a todas las almas.

Era en la noche del día dos de diciembre del año 1958. Justo homenaje de amistad y reconocimiento, de afecto y simpatía, para quien, como pocos, con tanta prosapia y señorío, han llevado y llevan en la vida y llevarán después, más allá de ella, un nombre, el más difícil de llevar, el más noble, el de Maestro . . .

Difícil, porque el que inicia los caminos, en el coloca, aunque no siempre se colme, toda la esperanza.

Difícil, porque el Maestro, para serlo, debe darse a diario, minuto a minuto, en una grande y generosa entrega.

Difícil tal vez, porque con esa palabra, Maestro, el pensamiento cristiano apuntando hacia atrás, a veinte siglos, nos enseña cuán árduo es hermanar lo humano a lo divino.

Revisión de 40 Casos de Movilización del Estribo

Dr. José L. GONZÁLEZ SALAS (*)
Dr. Andrés BUSTAMANTE GURRÍA (**)

PARA desarrollar el presente trabajo se tomó como base, los enfermos operados en el Servicio de O. R. L. del Instituto Nacional de Cardiología hasta diciembre de 1957; tomando en consideración solamente aquellos que reunieron todas las anotaciones en su respectivo expediente, en lo que se refiere a estudio audiométrico tonal previo a la intervención, descripción de la técnica quirúrgica y hallazgos operatorios, accidentes y estudio audiométrico post-operatorio; dejándose fuera del presente estudio, aquellos a los que les faltaba alguno o varios de los datos anotados.

En todos los pacientes se siguió la rutina siguiente variando solamente en pequeños detalles que se mencionarán particularmente.

a).—La medicación preoperatoria fué con barbitúrico y sedol y ya en la sala de operaciones con Largactyl y sedol a juicio

(*) Médico Asistente Voluntario al Servicio de O. R. L. del I. N. C.

(**) Jefe del Servicio de O. R. L. del I. N. C.

del anestesista, ya que la duración de la intervención es muy variable.

b).—La anestesia se practica con Novocaína al 5%, con suprarenina, o bien con Xilocaína al 3%.

c).—La técnica operatoria fué en su mayoría con la técnica endoaural descrita por el Dr. Rosen (38 casos) con las siguientes variaciones que fueron imponiendo el mejor conocimiento de las posibilidades y condiciones de los elementos anatómicos con los que se trabaja. 1.—La incisión se hace haciendo dos cortes oblicuos de dentro a afuera, uniéndolos entre sí con otro paralelo al anullus como a 75 mm. del mismo. 2.—La movilización fué al principio sobre articulación yunque-estribo, después sobre cabeza del estribo y posteriormente lo que a la fecha se hace es la movilización combinada sobre cabeza y platina del estribo. 3.—Se rebaja la pared posterior, cuando es necesario, a base de cincel y martillo completándose dicha maniobra con las cucharillas usuales. 4.—A mediados del año de 1957 se empezó a tomar en consideración y a tra-

tar de controlar en todas las movilizaciones el movimiento que se observa en la ventana redonda como respuesta a la correcta movilización habiéndose notado que en general, cuando hay respuesta en dicha ventana, los resultados post-operatorios son mejores en lo que se refiere a audición. 5.—Igualmente desde el segundo semestre de 1957 se principió a llevar control audiométrico trans-operatorio, tomándose en las frecuencias de 250, 500, 1000 y 2000 ciclos, haciéndose el 1er. control después de haber aplicado la anestesia local, el segundo con la caja abierta, el tercero después de movilizar y el cuarto y último, después de haber colocado el colgajo nuevamente en su lugar. Es conveniente anotar que estos controles trans-operatorios resultan siempre muy por debajo de los anteriores por el estado de narcosis del enfermo. 6.—Ultimamente se ha empezado a tratar de llevar control sobre la presencia o ausencia de placas de oteoclerosis. 7.—En todos los pacientes, a diferencia de la técnica del Dr. Rosen, se trabaja dentro de la caja con control microscópico, usándose por lo regular aumentos que varían de 20 a 40 diámetros y pensamos que sólo en esta condición es posible observar si hay respuesta o no en la ventana redonda; así como la existencia o ausencia de placas de oteoclerosis. En dos casos se usó la vía retroauricular descrita en nuestro medio por el Sr. Dr. Ramón del Villar y modificada en su incisión por los Sres. Dres. Rafael Giorgana y Rafael González Rivas.

Con respecto a las condiciones en que se encuentra la platina del estribo, hemos optado por hablar de *Fijación*, de la que por el momento no tenemos elementos

objetivos para calificar el grado de la misma sino que está sujeta a factor personal del operador, por lo que tratando de simplificar lo más posible dicha calificación la llamamos de grado I cuando es fácil de practicar la movilización, de grado II cuando la movilización es difícil en lo que se refiere a tiempo y presión con el movilizador y de grado III, cuando no es posible practicar la movilización, o esta es mínima. De lo anterior se deduce que cuando en los cuadros en que están asentados los datos de hallazgos operatorios, se encuentra Fijación de Grado III, se desprende tácitamente que a juicio de los cirujanos no hubo movilización o que esta fué insuficiente.

Como hallazgos operatorios hemos encontrado:

Principalmente bridas de tejido fibroso que partiendo de la cadena, la fijan al promontorio o a las paredes de la caja en cinco casos y en un solo caso se encontró una luxación de la articulación yunque-estribo. Dentro de estas mismas consideraciones podemos anotar que en 28 casos la Fijación fué de Grado II, en 11, fué de Grado III que nos indica que prácticamente no hubo movilización y en un solo caso fué de Grado I.

En cuanto a accidentes operatorios tenemos dos fracturas de crura, 4 luxaciones de articulación yunque-estribo, 3 desgarrros pequeños de la membrana timpánica, 1 herida del cartílago de la concha en una de las intervenciones por vía supra-auricular, 1 paresia de facial que desapareció al final de la intervención y que juzgamos de origen anestésico, y un caso en que la platina se hundió en el laberinto al tratar

de efectuar la movilización directa, aunque se pudo subsanar este inconveniente.

En lo que se refiere a sexo, 23 pacientes fueron mujeres y 17 varones. La edad fluctúa desde 12 años el más joven hasta 59 el más anciano, con la circunstancia de que fué el viejo, el que tuvo un resultado halagador, con ganancia de más de 30 db. en todas sus frecuencias y llegando su línea de audición a un nivel normal, no así con el joven que incluso tuvo una pérdida general de 5 db. habiendo sido el único paciente que tuvo un estribo absolutamente móvil desde antes de hacer maniobras sobre el.

El tiempo de evolución del padecimiento varió de 5 meses en el caso del joven de 12 años, hasta 30 años que fué común a 3 pacientes.

En 26 pacientes encontramos antecedentes familiares de hipoacusia (65%) y en 7 antecedentes otológicos inflamatorios evidentes (7.5%).

Los oídos operados, 23 fueron de lado izquierdo y 17 de lado derecho.

El diagnóstico preoperatorio fué en 20 casos valorado como otoesclerosis pura, 5 casos dudosos como otoesclerosis y otitis adhesiva, 5 como otitis adhesiva, 7 como hipoacusia conductiva y 3 como hipoacusia mixta.

Ahora bien en lo que se refiere a ganancia obtenida podemos considerar como satisfactorios o buenos resultados, aquellos en que se obtuvo una mejoría que elevó la línea de audición en cuando menos 3 de las frecuencias estudiadas por encima de la línea de 30 db. que fué en 15 casos, con lo que nos da un porcentaje de 37.5%. Ahora que si consideramos exclu-

sivamente si hubo ganancia cuando menos de 10 a 20 db. en cuando menos 3 de de las frecuencias; este número se eleva a 22 casos, con lo que se obtiene un porcentaje de 55% de casos con mejoría ostensible.

Para facilitar la comprobación de estos datos hemos anotado en el ángulo superior del espacio correspondiente a audiometría post-operatoria la letra "a" (15 casos) para los enfermos con mejoría arriba de la línea de 30 db.

La letra "b" (7 casos) para aquellos que obtuvieron ganancias de 10 a 20 db. en cuando menos 3 frecuencias, y la letra "c" (18 casos) para aquellos otros que no mejoraron y que incluso algunos tuvieron pérdida de audición (8 de los 18 casos) igualmente considerados con pérdida de 10 a 20 db. en cuando menos tres de las frecuencias anotadas.

Si tomamos en consideración los casos calificados como "a" y "b" y los analizamos en comparación con el diagnóstico preoperatorio, vemos que todos los resultados "a" con excepción de uno de ellos, corresponden a enfermos diagnosticados como otoesclerosis pura y de los casos "b", 3 de ellos corresponden a otoesclerosis pura, 2 a otitis adhesiva y 2 a hipoacusia de conducción que junto con el caso tipo "a" de la excepción suman los 22 que forman el total "a" y "b".

De los 18 casos con resultados desafortunados, calificados como "c", vemos que sólo 3 corresponden a un diagnóstico de otoesclerosis pura (16.6%), 5 casos a cuadros diagnosticados como mixtos de otoesclerosis y otitis adhesiva (27.7%), 3 casos como otitis adhesiva (16.6%), 4 casos como hipoacusia conductiva (22.2%) y

3 casos como hipoacusia mixta (16.6%). Estos datos nos permiten afirmar con bases estadísticas y clínicas, que los mejores resultados se obtienen en enfermos con otoesclerosis pura, ya que de 20 pacientes diagnosticados previamente como tales, se obtuvieron 14 resultados tipo "a", lo que nos da un porcentaje de 70% de buenos resultados y si sumamos a estos los 3 casos "b" el porcentaje sube a 85%; así como que por regla general en los casos en que ha habido padecimiento inflamatorio de la caja, los resultados son mucho más pobres y desalentadores. Haciendo las mismas consideraciones anteriores vemos que de los otros 20 pacientes del estudio con diagnóstico diferente, en 15 enfermos se obtuvieron resultados "c", lo que nos da un porcentaje de 75% de fracaso.

Comparando resultados post-operatorios con grado de Fijación de la platina, vemos que sólo un caso "b" fué con Fijación de Grado III, siendo todos los demás "a" y "b" de Fijación Grado II y que entre los casos "c" hubo 10 de los 18 en los que el grado de Fijación fué III, 9 fueron de fijación grado II y uno sólo fué de Grado I.

Analizando los casos en los que se observó ventana redonda que en total fueron 14, vemos que 7 pacientes (50%) tuvieron resultados muy satisfactorios, de tipo "a" y en todos y cada uno de ellos se comprobó la respuesta de la ventana redonda al efectuar presión sobre la cabeza del estribo o la articulación yunque-estribo una vez terminadas las maniobras de movilización. Dos pacientes tuvieron resultados tipo "b", uno de ellos con res-

puesta en ventana redonda y otro en el que no se pudo observar. Sumando los casos "a" y "b" con comprobación de respuesta en ventana redonda, se obtiene un porcentaje de 64.2% satisfactorio. Cinco pacientes obtuvieron resultado "c" con la circunstancia de que sólo en uno de ellos se comprobó respuesta en ventana redonda; en los otros 4 no.

Por último, en lo que se refiere a los controles audiométricos pre y post-operatorios y de los cuales sólo aparecen en los cuadros las frecuencias 250, 500, 1000, 2000 y 4000 ciclos por ser los que corresponden al lenguaje humano, se tomaron en cuenta para cada enfermo, aquel más próximo previo a la fecha de la intervención quirúrgica y como post-operatorio el más retirado de la misma, siendo desgraciadamente este uno de los aspectos menos firmes del presente estudio, pues en la mayoría de los enfermos estudiados, el tiempo transcurrido entre la fecha de la intervención y el del último estudio audiométrico es muy corto (en promedio, de 2 a 3 meses), y ya hemos visto en el curso del presente año algún enfermo al que se le ha vuelto a fijar el estribo y que incluso ha sido reoperado.

Valga como aclaración y un poco como disculpa, el anotar que muchos de los enfermos operados viven fuera del D. F. y aún, que los que viven en él, en cuanto son dados de alta de la intervención quirúrgica, difícilmente aceptan volver a control audiométrico, ya sea que la intervención haya tenido éxito o que haya sido desafortunada.

Agradecemos la colaboración prestada

por los Sres. Dres. Andrés Bustamante B. y Francisco Hernández Orozco, en la recopilación de datos del presente estudio.

S U M A R I O

Se presentan 40 casos de movilización de estribo, 38 por vía endoaural y 2 por vía supra-auricular. Todas practicadas bajo control microscópico.

Se obtienen resultados con mejoría por encima de la línea de 30 db. en 15 casos (37.5%) y con ganancia de 10 a 20 db. cuando menos en tres de las frecuencias estudiadas, en 22 casos (55%).

Se afirma que los resultados son mucho más satisfactorios cuando se trata de otosclerosis pura (70 a 85%); lo con-

trario de cuando existen antecedentes inflamatorios de la caja (75% de fracaso).

Se hace notar que cuando hay respuesta en ventana redonda y es posible comprobarla, las posibilidades de lograr una buena ganancia auditiva, son mucho mejores que cuando no se observa dicha respuesta (64.2%).

Se insiste en que es el correcto diagnóstico de otosclerosis más que las diferentes técnicas o procedimientos quirúrgicos, lo que nos permite ofrecer mayores posibilidades a nuestros enfermos.

Se reconoce que no se puedan juzgar como definitivos los resultados encontrados en el presente estudio por ser un número corto de casos así como por el poco tiempo de comprobación post-operatoria.

IX Reunión Nacional de OTORRINOLARINGOLOGIA,

del 1º al 5 de mayo en la Facultad de Medicina de la

Universidad de Guadalajara, Jal.

La Hidrocortisona en la Caja Timpánica

Dr. José SÁNCHEZ CORTÉS.

LA OTITIS ADHESIVA es una secuela de gran número de cuadros patológicos por lo que debería ser catalogada como síndrome y no como entidad nosológica individual, puesto que a las causas inflamatorias, sea por sepsis nasosalingiana como general, se agregan la alergia y los trastornos vasomotores funcionales, así como los estados degenerativos, vasculares y seniles de donde resulta que la terapéutica es completamente aleatoria en la mayoría de los enfermos y casi nos conformamos frente a este grupo de pacientes, con la administración de medicamentos paliativos, la eliminación de los focos sépticos algunas veces y la práctica de cateterismos tubarios, que son en la inmensa mayoría de los casos inútiles, por no decir contraproducentes, debido al trauma que añadimos a la causa inflamatoria establecida. ¿Cabe preguntarse, entonces si tendremos que conformarnos siempre con aconsejar la adaptación de un audífono que muchas personas no podrán usar con comodidad por la irregularidad de sus curvas audiométricas, como tratamiento exclusivo a este grupo de pacientes que

ocupan en nuestra especialidad un porcentaje de consideración? Estas cavilaciones creo que todos nos las hemos hecho en nuestra intimidad y no podemos menos que descorazonarnos ante panorama tan nebuloso que priva aun en la actualidad a pesar de las intervenciones plásticas de oído medio preconizadas por Züllner en Alemania y Niho, Furuya, Yasuda y Kudo en el Japón y la movilización trans timpánica de la cadena osicular que usa Myerson y nos llenamos por lo tanto de esperanza, cuando con un procedimiento que nos proporciona aunque sea, ocasional mejoría sin los riesgos de intervenciones tan agresivas y que no ofrecen seguridad en sus resultados, vemos abierta una puerta de pasibilidades futuras.

En 1955 presenté una comunicación preliminar con la hidrocortisona por vía tubaria que no llegó a despertar el interés de la asamblea porque sus resultados eran inseguros debido a que la introducción del medicamento no siempre alcanzaba la caja timpánica, por las condiciones locales, de la trompa auditiva.

Abandonamos una temporada esa técnica y en 1956, empezamos a usar el medicamento por vía transtimpánica con cuyo método tenemos absoluta garantía de que se ponga en contacto con la mucosa de la caja y sus anexos, en la cantidad y presión deseadas, según las circunstancias.

Los resultados han variado de acuerdo con la etiología del padecimiento, su tiempo de evolución, la edad del paciente y sus condiciones de nutrición así como con los cambios anatómo-patológicos que se hayan desarrollado. En términos generales se puede asentar que la introducción del medicamento en la caja es siempre beneficioso, obteniéndose mejoría audiométrica en un 90% de los casos así como mejoría subjetiva por la modificación favorable de la sintomatología asociada a la hipoacusia, ya que esta solamente se mejora cuando el umbral de las curvas oscila al rededor de 60 decibeles, pues el promedio de utilidad ganado por el procedimiento, es de 20 decibeles. Sin embargo, cuando las curvas llegan a los 90 decibeles aunque quedan fuera del umbral de utilidad funcional, la mejoría subjetiva y audiométrica obtenida permiten a los enfermos llevar con comodidad el audifono o los preparan para un procedimiento quirúrgico complementario. Hay casos en que el resultado es sorpresivo llegando la utilidad hasta los 35 decibeles.

La introducción de la hidrocortisona a través de la membrana timpánica no ocasiona ningún accidente desagradable, si se hace siguiendo al técnica correcta y solo despierta ligera sensación de mareo que puede ser brusca si se inyecta más de medio centímetro cúbico y otalgia moderada

después de cinco horas, que se controla fácilmente con analgésicos de uso corriente.

RESULTADOS INMEDIATOS

Los resultados que siguen a la primera inyección de hidrocortisona, se pueden apreciar pasados tres días de haberse practicado y solo en el audiómetro. Algunas veces son impresionantes y se manifiestan por descenso de los agudos y ascenso marcado de los graves, permaneciendo el sector medio sin modificación apreciable en las curvas de conducción. En cambio las curvas de percepción desde la primera inyección se modifican favorablemente cuando su abatimiento es debido a trastornos funcionales, alcanzando de 15 a 20 decibeles de utilidad. Después de la tercera inyección y dejando pasar el tiempo necesario para que se modifiquen los cambios inflamatorios originados por la misma, encontramos los resultados mas favorables que se pueden obtener con el procedimiento, aunque en algunos casos hemos insistido en la aplicación hasta de 10 inyecciones.

Voy a presentar 5 casos de diferente etiología de los 239 que hemos tratado:

HISTORIA CLINICA No. 1.

Rosalina Corrales. Fem. 34 años de edad, costurera soltera. Originaria de Sinaloa. Cuadro sintomático: seis años evolución. Acúfenos-hipoacusia marcada bilateral. Autofonía y sensación de presión en ambos oídos. Obstrucción nasal basculante y de mediana intensidad. Físico: Cuadro de Rinitis alérgica. Cavidades paranasales negativas. Cornetes pálidos y grandes. Membranas despulidas y ligeramente deprimidas. Reflejo poco acorta-

do. Permeabilidad tubaria insuficiente. Gellé débil positivo. Venía de México a donde fué recomendada para fenestración pero su caso se desechó debido a lo bajo de las curvas óseas. Persona amigdalectomizada y con antecedentes alérgicos familiares. Se le practicaron tres inyecciones de corticlorón de $\frac{1}{2}$ c.c. cada tres días por la premura de tiempo pues quería regresar pronto. Además, con tratamiento de fondo Antistamínico-prednisolona a la dosis de 10 miligramos diarios. Vitamina B₁₂. Vasoconstrictores a la nariz y neuro alérgicos durante diez días, que fué lo que pudo permanecer en Guadalajara. Audiogramas.

HISTORIA CLINICA No. 2.

Guadalupe Martínez H. Femenino. 25 años de edad. Empleada originaria de Tepatlán, Jal. Más de seis años de evolución con su padecimiento. Cuadro sintomático Acúfenos e hipoacusia bilateral. Cefalea y autofonía en el lado derecho. Nariz con Rinitis congestiva. Sinusitis residual, maxilar derecha, Amigdalitis crónica, con pasado patológico cargado. Otitis supurada en oído izquierdo desde hace quince años. Perforación central grande, marginal inferior seca ahora. El oído derecho es el que le hizo venir a consultar porque ha notado que progresa su sordera. El oído izquierdo no le sirve para sus actividades ordinarias. La membrana, en el oído derecho, está deprimida moderadamente, de aspecto apergamado y sin reflejo luminoso. La permeabilidad tubaria está comprometida, el Gellé es débilmente positivo. Se recomendó amigdalectomía y de momento se le administraron antibióticos tipo tetraciclina. Instilaciones a la nariz. Expresión de amígdalas, y estimulantes generales a base de arsenicales y extracto de hígado-fólico. Además se le practicaron 5 inyecciones de hidrocortisona transtimpánicas con intervalos de 5 días y diez instilaciones, una diaria, por la perforación, en el oído izquierdo. Mejoró subjetivamente en grado notable y después de que se le terminó el tratamiento, se ausentó dos me-

ses, habiendo persistido la mejoría por lo que se resolvió a que se le amigdalectomizara y dos meses después de tal intervención se le hizo timpanoplastia en el oído izquierdo con lo que su curva aérea ganó 15 decibeles más.

HISTORIA CLINICA No. 3.

María Rosales Núñez. Femenino, de 57 años, viuda, doméstica. Residente en la ciudad. Lleva 4 años con su padecimiento, que consiste en acúfenos e hipoacusia marcada en el oído izquierdo que ha progresado más o menos de prisa. En la noche se le exacerbaban los síntomas ocasionándole insomnio. Algunas veces autofonía. Ex. físico; Cuadro de Rinitis senil. Para-nasales limpios, orofaringe con modificaciones seniles del epitelio, Trompas permeables. La membrana del oído izquierdo despulida y poco deprimida con reflejo puntiforme y pequeña placa calcárea en el centro. El Gellé negativo. La presión arterial de 140-90. Se le hicieron 6 inyecciones transtimpánicas de hidro-cortisona una cada semana, dándole como medicación coadyuvante Yoduros, vasodilatadores periféricos y neuropérgicos. La mejoría se puede apreciar en el Audiograma.

HISTORIA CLINICA No. 4.

Catalina Mojica, de 19 años. Empleada. Residente en la ciudad. Persona de mala nutrición y con la obsesión de no subir de peso, se exime de muchos alimentos indispensables. Hace un año que viene sufriendo del oído derecho que le zumba, siente autofonía y nota que no oye bien. Ex. físico; Cuadro de Rinitis congestiva discreta, Amigdalitis crónica, con pasado patológico poco marcado. Para nasales negativos. Las membranas en ambos oídos están muy ligeramente modificadas. Hay obstrucción parcial de trompa, Gellé positivo. Se recomendó amigdalectomía que no aceptó. Además vitamina "A" a dosis de 150,000 U diarias. Complejo B y nicotinamida. Instilaciones de vasoconstrictores en las fosas nasales, así como proloid de 65 mi-

ligramos. Además se le practicaron 6 inyecciones de hidrocortisona con intervalos de una semana en ambos oídos. La mejoría subjetiva no correspondió a la obtenida en el audiómetro.

HISTORIA CLINICA No. 5.

Delfina Sánchez de Beltrán, de 30 años de edad, casada. Originaria de Sinaloa, con 6 años de evolución en su padecimiento que se manifiesta por acúfenos acentuados e hipoacusia con sensación de presión en ambos oídos. Autofonía y obsesión de empeoramiento constante. Persona neurópata, con herencia hipoacúsica próxima. Padece además un complejo de culpa porque a pesar de llevar varios años en su matrimonio no ha tenido hijos lo que le ha traído una angustia y depresión por el temor de ser abandonada por su marido, pues ya se han suscitado problemas de tipo sexual entre ambos. Exp. física: Cuadro nasal de Rinitis espasmódica funcional, por desviación del tabique, alta y bilateral. Sinusitis maxilar residual bilateral. Obstrucción parcial de trompas. Oídos con membranas de aspecto apergaminado despulidas y deprimidas, sin reflejo luminoso. Orofaringe con amigdalitis congestiva. Persona muy delgada con metabolismo poco aumentado (más 17). Se le propone corrección del tabique nasal que acepta y se lleva a cabo con buen postoperatorio. Gellé dudoso (no coopera bien la paciente). Se le aplican 10 inyecciones transtimpánicas de hidrocortisona con intervalos de tres días pues no podía permanecer mucho tiempo en la ciudad. Además se completa el tratamiento con régimen alimenticio y frenadores del tiroide (tapazole) así como vitamina A a dosis de 150,000 U. diarias vasodilatadores periféricos y neuroplégicos con reserpina como sedante general. Después de un mes, la paciente había mejorado bastante, solo que no correspondía la mejoría audiométrica con la subjetiva. Audiogramas.

Claro que de la oportunidad con que se presente el enfermo dependerá el re-

sultado tanto subjetivo como audiométrico del cuadro adhesivo, pero la sintomatología subjetiva que obsesiona al enfermo como son los acúfenos, la autofonía, embotamiento de la cabeza así como mareos e insomnio a veces, se modifican en forma sorprendente y algunas veces se abolen por completo, además, los resultados audiométricos, como Uds. han visto por las gráficas proyectadas, también presentan en ocasiones impresionantes mejorías a pesar de evolucionar en personas en edad senil, y nos han obligado a pensar que la hidrocortisona obra no solamente por contacto con la mucosa timpanal, puesto que no sería posible que una enfermedad de años de evolución mejorase en forma violenta, en dos semanas de tratamiento ganando 20 o más decibeles en sus curvas aéreas y 10 a 15 en sus curvas óseas y aunque los hechos clínicos solo se demuestran con observaciones prácticas, si nos aventuramos un poco en el terreno de la investigación experimental, podemos suponer que la hidrocortisona obra sobre los elementos de percepción por los cambios osmóticos que tienen lugar al nivel de la ventana redonda y que se traducen no solo por una acción mecánica dentro de la rampa timpánica, sino por fenómenos electrofisiológicos, bioquímicos y dinámicos en pleno órgano de Corti, pues de acuerdo con las observaciones de Békéssy, Davis, el aumento de la presión hidrostática en la rampa timpánica, disminuye la microfónica coclear, aunque deja sin modificar la formación de potenciales eléctricos, mientras que el aumento de dicha presión en las rampas vestibular y media, aumenta la aparición

de potenciales de reserva e intensifica la microfónica coclear. El hallazgo en nuestros audiogramas, nos lo podemos explicar por una baja brusca de la presión hidrostática en la rampa timpánica originada por los cambios osmóticos que ocasiona la absorción del medicamento al nivel de la ventana redonda, y redundante en un aumento de la microfónica coclear que estaba abatida funcionalmente y como los impulsos tanto mecánicos como electrobiológicos que determinan los tonos graves tienen la misma iniciación que los agudos, según Davis y Békéssy delante de la ventana oval y siempre enmascaran a los segundos, no así al contrario, tenemos desde la primera inyección una elevación notable de las frecuencias graves y un abatimiento de las agudas hasta la tercera inyección, en que se regulariza el funcionamiento coclear. Además, sabemos por las experiencias de Tasaki, Fernández y Smith que la microfónica coclear también se debilita por la deficiencia de oxígeno, así como por la baja de la presión sanguínea al nivel de las arteriolas y capilares que forman verdaderas mallas en el ligamento espiral, la estría vascular y la prominencia espiral, que son susceptibles de modificarse en diferentes estados patológicos, ocasionando la privación apuntada anteriormente, la cual se corrige, en apariencia, por los cambios bioquímicos inducidos por la Hidrocortisona localmente, desde el momento que ayudarán a mejorar la corriente circulatoria y la llegada de mayor aportación de oxígeno al corregir los edemas y estancamientos venosos concomitantes que despiertan los padecimientos alérgicos, discrásicos, circulatorios

y degenerativos, así como carenciales. Estos cambios se establecerían siguiendo los hallazgos de Davis y Tasaki a través de la membrana basilar, que es permeable, al entrar el medicamento a la rampa timpánica, dado que sustancias introducidas en la perilinfa de esta rampa, se han encontrado tanto en el tunel de Corti como en el espacio de Nuel, poniéndose en contacto con las células ciliadas que los delimitan y que representan el Asiento anatómico, ahora puesto en duda por el mismo Davis, de la microfónica coclear y al transformarse esta perilinfa, con iones, que orientan la polaridad electrobiológica en sentido favorable dentro de las células ciliadas, indudablemente que mejorará la microfónica coclear y los impulsos nerviosos al nivel del Corti, restableciéndose, cuando no hay cambios degenerativos, la fisiología entorpecida dentro de dichos elementos nerviosos.

Entonces, y volviendo a la clínica, nuestros audiogramas no nos van a demostrar que, con la introducción de la hidrocortisona en la caja vamos a reblandecer un tejido que ha llegado al estado de fibrosis, puesto que sería un absurdo, sino que muchos cuadros de Otitis adhesiva clínica, son debidos a trastornos más bien funcionales que anatómicos y que la acción hormonal del medicamento, mejora, obrando tanto por difusión sobre la membrana, como por absorción osmótica al nivel de la ventana redonda, sobre los elementos neurosensoriales del oído interno, modificándolos por un mecanismo complejo que no podemos explicar en forma precisa y absoluta.

Cuando por la edad senil o los cambios

esclerosos llegan las curvas hasta el umbral de los 80 ó 90 decibeles con una correlativa de percepción que hace inadecuada cualquiera intervención quirúrgica, tenemos la ventaja de que, con la modificación subjetiva que ofrece el procedimiento, se puede adaptar con facilidad un audífono que la persona llevará cómodamente por la claridad de percepción, mientras que, cuando las curvas perceptivas se levantan hasta alcanzar los 25 ó 30 decibeles aunque las aéreas se queden fuera del umbral útil de la audición clínica, entonces se podrá intentar la movilización osicular por el procedimiento de Myerson que nos ha dado muy buenos resultados o ir hacia el estribo y movilizarlo si el resto de la cadena no se halla anquilosada, quedando además el recurso de la fenestración, dado que la percepción tiene un nivel de garantía para esa intervención.

El tiempo máximo que he observado a

los enfermos que han obtenido este beneficio por la hidrocortisona es de año y medio habiéndose sostenido tanto la acción subjetiva como la audiométrica durante ese lapso. Llevo a la fecha como antes he dicho 239 pacientes de los cuales un alto porcentaje han encontrado un alivio franco pero desde luego también casos en que se ha fracasado, porque indudablemente los cambios de esclerosis habían llegado a un grado irreversible tanto en la cadena como en las ventanas y en la membrana timpánica misma que se encuentra deprimida como en embudo y sus capas componentes sobre todo la media, se espesan, hasta llegar a los dos milímetros pues al pasar la aguja se tiene la impresión clara de una barrera fibrosa que se opone al paso de la misma en todo ese espesor. En estos casos tal vez la cirugía radical de la caja resuelva en el futuro esta clase de sorderas de conducción.

Registro de Nistagmus con Equipo de Electroencefalografía. Reporte Preliminar

Dr. Pedro ORTIZ E.

DESDE el año de 1891 se han hecho numerosos intentos para registrar los movimientos oculares del nistagmus por muy diferentes métodos, pero todos habían sido poco prácticos por diversas razones técnicas y económicas. Aschan, Bergstedt y Stahle publicaron en 1956 una estupenda monografía al respecto, en la que hacen una extensa revisión de la literatura, concluyendo que el aparato que llena mejor los requisitos en la práctica clínica, es el electrocardiógrafo de inscripción directa, basados en su experiencia de cerca de dos mil nistagmogramas.

Entre los métodos empleados, se ha usado también el electroencefalógrafo, aunque no en forma metódica y sistemática, por lo que en el Servicio de Electroencefalografía del Instituto Nacional de Audiología, por sugerencia del Dr. Leo Deutsch y en estrecha colaboración con él, hemos iniciado la toma de nistagmogramas con nuestro equipo.

TECNICA

En esta nota preliminar comunicamos

solamente la técnica que hemos estado efectuando, sujeta aún a posibles modificaciones futuras, en quince sujetos, dos de ellos con nistagmus espontáneo, diez con nistagmus provocado por pruebas térmicas y los dos restantes con inexcitabilidad a las pruebas calóricas, sin entrar a discutir la interpretación, normal o patológica, de los nistagmogramas, ya que nuestra mínima experiencia no lo permite.

Súscintamente, el principio en que se basa la Nistagmografía consiste esencialmente en la diferencia de potencial eléctrico que existe entre la retina y la córnea; los movimientos del ojo en uno u otro sentido producen un cambio de dicho potencial, el cual es posible captar y registrar por medio de electrodos que lo transmiten al equipo de amplificación e inscripción.

El aparato empleado por nosotros es un electroencefalógrafo Medcraft, modelo D, de ocho canales y de inscripción a tinta. En todos los registros usamos velocidad del papel de tres centímetros por segundo,

amplificación de cinco o de siete milímetros por cincuenta microvoltios, constantes con las que ordinariamente se toman los electroencefalogramas. Así mismo, empleamos los electrodos para Electroencefalografía, pequeños discos de plata clorurada de ocho milímetros de diámetro, fijados con pasta electrolítica de Bentonite, procurando tener resistencias por debajo de cinco mil omhs.

Después de algunos ensayos, colocando electrodos en diferentes posiciones (figura 1), optamos por efectuar los registros conectando dos electrodos colocados a ambos lados, sobre el reborde orbitario y a la altura del eje horizontal del globo ocular, posición en la que obtuvimos los mejores trazos del nistagmus horizontal y que también es usada por otros investigadores. Generalmente empleamos los dos canales inferiores para la Nistagmografía, en algunas ocasiones solo uno y con los restantes tomamos registros electroencefalográficos de derivaciones homólogas. Siguiendo la técnica de Aschan y colaboradores, conectamos los dos electrodos del nistagmograma a las entradas del canal en tal forma, que la desviación de la plumilla inscriptora hacia arriba, representa un movimiento de los ojos a la derecha y su desviación hacia abajo, indique un movimiento a la izquierda. Por último, aplicamos otro electrodo sobre la línea media del cráneo, conectado a tierra.

No logramos efectuar la calibración recomendada por algunos autores, con el fin de obtener una medida de los movimientos de los ojos expresados en grados de rotación del ojo y trasladados a milímetros de altura en los trazos, debido segura-

mente a la falta de colaboración de nuestros pacientes.

Entre nuestros ejemplos no hemos tenido ningún caso de nistagmus vertical, el cual podría registrarse colocando los electrodos arriba y abajo de la órbita en su parte media.

PRESENTACION DE EJEMPLOS

A continuación, se presentan algunos de los registros que hemos obtenido.

La figura 2 es el registro de un sujeto antes de provocar nistagmus; la siguiente (figura 3), corresponde al mismo, efectuando movimientos oculares voluntarios de lateralidad, produciéndose ondas sinusoidales muy diferentes a las del nistagmus; la figura 4, del mismo paciente, nos muestra el nistagmus provocado por prueba térmica con agua de deshielo en el oído derecho, apreciándose el elemento rápido como un descenso brusco y el lento como una línea ascendente gradual.

En el siguiente ejemplo (figura 5), se observa nistagmus hacia la derecha, producido con la misma prueba térmica del caso anterior; observándose el trazo invertido, de mayor rapidez y ritmicidad. En este registro se aprecia la ventaja de poder descartar del nistagmograma, ondas debidas a parpadeos, por tener una forma más simétrica en sus dos fases y coincidir con el registro de los mismos en las derivaciones craneales anteriores.

La figura 6 representa un nistagmus provocado por estimulación térmica con agua de deshielo del oído derecho; las ondas muy rápidas, superimpuestas a las del nistagmus, son originadas por la con-

tracción de los músculos orbiculares, superciliares y frontales.

El ejemplo siguiente (figura 7) muestra nistagmus hacia la izquierda por irrigación continua según la técnica de Hallpicke, muy amplio y con trazos no muy limpios, debido a la superimposición de pequeños e irregulares potenciales provocados por movimientos palpebrales.

La siguiente figura (figura 8) es la de un paciente con prueba térmica de agua de deshielo, mostrando falta de excitabilidad prácticamente total, observándose únicamente pequeñas ondas aisladas y esporádicas que podrían corresponder a movimientos de nistagmus mínimos.

En este otro caso (figura 9) se observa nistagmus hacia la derecha de tal amplitud, que las plumillas inscriptoras llegan a su límite de excursión sin llegar a registrar toda la onda, inconveniente que puede eliminarse fácilmente, disminuyendo la ganancia de todos los canales en el momento en que se vea un nistagmus de esta amplitud, a la mitad o a la cuarta parte. Además, en este mismo nistagmograma, se aprecian pequeños trenes de nistagmus de mucha mayor rapidez y menor amplitud.

Los dos ejemplos siguientes corresponden a nistagmus espontáneos, ambos hacia la izquierda. El primero (figura 10), muestra un nistagmus bastante amplio y lento, mientras el segundo (figura 11) es mucho más rápido y de menor voltaje.

Nuestro último ejemplo tiene por finalidad incidental, señalar la acción de las pruebas térmicas sobre la actividad bioeléctrica cerebral normal en un individuo

que colabora perfectamente. La figura 12 es parte del registro electroencefalográfico antes de la estimulación térmica, permaneciendo el sujeto con los ojos cerrados, en el que se aprecia actividad normal, dominando ritmos alpha de nueve a diez ondas por segundo, de voltajes medios y bajos. El siguiente trazo (figura 13), fué tomado durante la instilación del agua de deshielo en el oído derecho, antes de la aparición del nistagmus, observándose que, como con cualquier otro estímulo sensorial, la actividad alpha tiende a inhibirse; además, en los canales dedicados a la Nistagmografía, aparecen abundantes potenciales musculares, seguramente debidos a contracción defensiva de los músculos orbiculares. Durante el nistagmus (figura 14) y permaneciendo el enfermo con los ojos cerrados, se reanudan los ritmos alpha previos, los cuales pueden volver a inhibirse con otro estímulo sensorial, como la apertura de los ojos (figura 15).

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Somos de opinión que la Nistagmografía es de gran utilidad para el oto-neurólogo, ya que con ella se elimina en gran parte, el factor subjetivo del explorador en las pruebas vestibulares, que puede ser fuente de errores o falsas interpretaciones, obteniéndose un estudio objetivo y permanente que, como otras exploraciones médicas similares, tales como el electrocardiograma, los estudios radiográficos, el electroencefalograma, etc., pueden incluirse en el expediente del paciente, consultarse las veces necesarias y compararse con nistagmogramas posteriores, contán-

dose con datos fidedignos en cuanto a la iniciación, terminación, frecuencia, regularidad, amplitud, dirección, duración total y de cada uno de los componentes del nistagmus o en cuanto a la ausencia del mismo.

Por medio del electroencefalógrafo se pueden lograr registros nistagmográficos de utilidad para la Oto-Neurología, cuando se llegue a contar con una amplia casuística, tanto en individuos normales de control, como en los diversos padecimientos que incluyen perturbaciones en las pruebas vestibulares. Sin embargo, la Nistagmografía por este método tiene dos desventajas principales en el momento actual: no es posible efectuarla, por razones

técnicas obvias durante las pruebas rotatorias y nuestros equipos no son portátiles, por lo menos con los que se cuenta en los principales servicios del país. Por otra parte tiene la ventaja de que registrando simultáneamente el electroencefalograma, se logran eliminar artefactos en la interpretación del estudio, que no corresponden al nistagmus, como los movimientos palpebrales del sujeto.

Por último, ni con el electroencefalógrafo ni con ningún otro aparato, es posible el registro del nistagmus rotatorio puro, ya que girando el globo ocular sobre su eje antero-posterior, no se produce ningún cambio en el potencial eléctrico córneo-retiniano.

Caso Clínico Presentado en la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

Dr. Alfonso ESPINOZA GRAUDE.

EL día 8 de octubre del año próximo pasado se presenta a la Consulta Externa del Hospital de la Raza del Servicio de Otorrinolaringología, un paciente que provenía de una de las Clínicas de adscripción del Instituto Mexicano del Seguro Social con un pase Clínico que decía "Absceso peritonsilar izquierdo. Se envía para debridación".

Al elaborar la historia clínica se anotan los siguientes datos positivos de interés.

R. P. V., de sexo masculino, 31 años de edad, obrero, soltero.

Antecedentes no patológicos. Alcohólico moderado.

Antecedentes patológicos. Otitis media izquierda supurada, desde la infancia, con épocas de remisión más o menos largas.

El padecimiento actual se había iniciado ocho días antes con odinofagia, dolor faríngeo espontáneo y fiebre alta que no precisó en grados. En el curso de esos días la odinofagia solo permite ingestión de líquidos, aparecieron trismus y dolor en la cara lateral izquierda del cuello. Fué tratado con penicilina sin ningún éxito.

En la exploración física se anotó:

Adulto, con edad aparente en relación con la que dice tener, en buen estado de nutrición, con facies que acusaba dolor y en actitud de defensa para no mover la cabeza y el cuello. Se encontró trismus que impidió explorar ampliamente la faringe, pero a pesar de ello se pudo observar; abombamiento difuso en la hemifaringe izquierda, con desplazamiento de la amígdala de ese lado hacia la línea media, no hay edema de pilares ni de úvula, amígdala en aparente estado normal.

Al explorar oído izquierdo se encontró: abundante otorrea purulenta, de mal olor, aspirada esta se ve destrucción total del tímpano y secreción purulenta en la caja. En la región retroauricular no hay edema pero sí dolor intenso a la presión sobre todo a nivel de la punta de la apófisis mastoides que se irradió por el trayecto del llamado canal carotídeo del cuello.

No encontrando elementos para fundar diagnóstico de absceso peritonsilar de origen amigdalino y por los otros datos obtenidos se anota en el expediente, "Oto-

mastoiditis crónica izquierda agudizada. Celulitis difusa laterofaríngea". Se ordenó tratamiento con eritromicina y se piden estudios radiológico de mastoides y pruebas preoperatorias para efectuar tratamiento quirúrgico de la mastoiditis.

Dos días después había mejoría notable, desaparecieron la fiebre, el trismus y la odinofagia y cuatro días después el paciente reanudó sus labores habituales, ordenándosele que continuara su medicación y citándolo para diez días después a consulta.

Faltaba un día para que se cumpliera la fecha de su cita, cuando se presentó a consulta relatando que desde hacía dos días tenía una tumoración en la parte superior y lateral izquierda del cuello, muy dolorosa y con fiebre alta. En la exploración se comprobó dicha tumoración, del tamaño aproximado de una manzana, de consistencia leñosa, sin fluctuación y muy dolorosa al tacto. El oído en las mismas condiciones ya descritas, con la característica de que al oprimir la tumoración del cuello aumentaba la otorrea en forma evidente, dato este conocido con el nombre de signo de Luc. No tenía trismus y al explorar la faringe se encuentra que persiste el desplazamiento de la amígdala izquierda hacia la línea media, sin edemas ni datos de infección aguda amigdalina, la temperatura axilar era de 39 grados.

Se ordenó hospitalización inmediata con diagnóstico de Otomastoiditis de Bezold con absceso látero faríngeo. Se instituye tratamiento con antibióticos, eritromicina y penicilina y local antiflogístico con curaciones húmedas calientes.

El cuadro evoluciona sin cambios notables, persisten los datos anotados y se hace aparente dolor en región occipital. Ya se tenía estudio radiológico de mastoides en el que aparecía otomastoiditis crónica con grandes zonas destruidas sobre todo en la punta de la apófisis la cual prácticamente ya no existía. Se fundamenta el diagnóstico de colesteatoma y se pensó resolver el problema del cuello para en días posteriores hacer el tratamiento quirúrgico de oído.

Cuarenta y ocho horas después de internado se procedió a evacuar el absceso del cuello bajo anestesia general, salió gran cantidad de pus cerca de un litro, amarillo verdoso, bien ligado, se canalizó con gasa. Con este tratamiento hubo mejoría en las primeras horas, desapareciendo la fiebre y el dolor.

Al cuarto día de operado del cuello el enfermo presenta un nuevo cuadro clínico. Al levantarse de su cama sintió inestabilidad y tuvo que detenerse en la pared, poco después aparecen vómitos y fiebre y se instaló estado soporoso intenso, con respiración estertorosa.

Al estímulo, despertaba y comprendía lo que se le decía, contestando con dificultad pero correctamente.

Se hizo exploración general encontrando:

- a).—Estado satisfactorio de la herida del cuello.
- b).—Oído izquierdo en las mismas condiciones anotadas.
- c).—Estado soporoso.
- d).—Nistagmus espontáneo, que no varía con las posiciones, el nistagmus es ho-

rizontal, amplio, muy frecuente y aparece con las posiciones extremas de la mirada a ambos lados y no aparece con la mirada hacia el frente.

e).—Ligera rigidez de la nuca, confundible con el estado de rigidez del cuello por la operación y el proceso supurativo. Kernig dudoso.

f).—Reflejos abdominales abolidos.

g).—No hay dermatografismo meníngeo.

h).—Hiperexcitabilidad de reflejos tendinosos en miembros inferiores, simétricos.

i).—Brudzinski y contralateral negativos.

j).—No hay disimetría.

Con este cuadro clínico se procedió a operar el oído izquierdo. Con anestesia local se hizo vaciamiento petro mastoideo radical por vía endoaaural, encontrando un gran colesteatoma con destrucción muy amplia de la punta de la mastoides, la cucharilla pasaba libremente más de 5 cms. hacia la gran cavidad del absceso del-cuello, la comunicación a dicha cavidad era como de un ctm. de diámetro, se encontró además una zona destruida del cortex de porción interna y posterior de la punta de la mastoides, con meninge expuesta, engrosada pero sin natas purulentas. Quedando satisfechos de no dejar ninguna región infectada con un vaciamiento amplísimo, se cerró la herida cutánea dejando una gasa de canalización muy delgada y muy floja que se retiró 24 horas después.

Aun que el post-operatorio en lo que al acto quirúrgico se refiere, con cavidad seca, facial íntegro, fué bueno, el estado general no se modificó en lo absoluto a

pesar de la terapéutica seguida y que consistió en suero, glucosado, suero mixto, glucosado hipertónico, terramicina en venoclisis, penicilina, se procedió a hacer estudio del líquido cefalorraquídeo encontrando los datos siguientes: líquido cristalino con presión normal el laboratorio reportó, sangre en el sedimento por lo que la cuenta leucocitaria no tiene valor pero a pesar de esto no están aumentados en forma considerable, la química del líquido indica: proteínas 50 mlgs., cloruros 775, glucosa 81, Wasserman y Kolmer negativos. Lange positiva. La biometría da una cifra de 11 500 leucocitos.

Persistía el estado soporoso, el estado general no mejoraba, la temperatura era de 37,5 a 38,8 como máximo con 88 de pulso y 12 respiraciones por minuto. Cuarenta y ocho horas después se repite la punción lumbar y se encuentra; tensión inicial, 40 Bring derecho 65, Bring izquierdo 0, Quenkensdt 65, tensión final 30 después de extraer 10 c.c. de líquido.

Se agrava el cuadro, presenta gran dificultad para deglutir, se le pone sonda de Levin, como existía gran acúmulo de secreciones en la bucofaringe se hizo necesario efectuar frecuentes aspiraciones por la gran dificultad respiratoria que estaban ocasionando, la disnea fué haciéndose cada momento más intensa por lo que hubo necesidad de hacer traqueotomía de urgencia.

El examen oftalmológico dice: fondo de ojo normal.

El examen neurológico dice "posible parálisis de los pares craneanos IX-X y XI. No hay meningitis. Existe cuadro de irritación meningo encefálica".

Se vuelve dos días más tarde a hacer el tercer estudio del líquido cefalorraquídeo encontrando. Presión inicial 20, Bring derecho 0, Bring izquierdo 0, Quenkensdt 0.

El paciente fallece en colapso 24 horas más tarde.

Se hizo estudio necrópico encontrando.

Trombosis del seno lateral izquierdo con trombo que llega hasta la Prensa de Herófilo sigue por el seno longitudinal en una distancia como de tres centímetros y abarca también el seno longitudinal derecho. Existía paquimeningitis localizada al sitio de la afección, sin existir estado supurativo. Posible edema de los lóbulos del cerebelo.

NOTICIAS

SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA IX REUNION NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Auspiciada por la Universidad de Guadalajara

Organizada en colaboración con la Sociedad de Otorrinolaringología de Guadalajara, Jal.

SEDE: FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
DEL 1o. AL 5 DE MAYO DE 1959

CONVOCATORIA

LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA CONVOCA

A los médicos cirujanos, otorrinolaringólogos, audiólogos, psicólogos, profesionistas especializados en Rehabilitación, ingenieros en electroacústica y demás personas interesadas en la Otorrinolaringología, a participar en su IX REUNION NACIONAL que se realizará del 1o. al 5 de mayo de 1959 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara.

La Otorrinolaringología tiene varias décadas como especialidad médica en México y han sido muchos los grandes médicos mexicanos que han dedicado a ella su esfuerzo, su talento y su vida; basta recordar como ejemplos representativos a los maestros Vázquez Gómez, Sánchez, Inclán, Tapia Fernández y tantos otros que aún son ejemplos vivos de interés profesional y dedicación a esta rama de la medicina.

En los últimos años y gracias al espíritu de superación de los especialistas de todo el país ha recibido un gran impulso la Otorrinolaringología. Una de las manifestaciones más evidentes de los esfuerzos hechos en este sentido es la realización de las REUNIONES NACIONALES las que se han venido celebrando con éxito creciente cada vez no sólo en el aspecto científico sino también en el social.

La Primera celebrada en el Puerto de Tuxpan, Ver., se organizó gracias a los esfuerzos de algunos compañeros interesados en promover un mayor intercambio tanto científico como social entre los distintos grupos de los especialistas en el D. F. El éxito logrado aunque relativo por la poca asistencia marcó sin embargo las enormes posibilidades que han venido a demostrar las Reuniones subsecuentes. La siguiente Reunión tuvo lugar en la ciudad de Torreón, Coah. en 1950 habiéndose llevado a cabo ya con un franco espíritu de entusiasmo y cooperación y ha quedado registrada en la historia de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología como la Primera. La II Reunión se efectuó en la ciudad de Monterrey, N. L. en el año de 1952, pero ante el entusiasmo observado y a petición de la Asamblea se llegó al acuerdo de efectuarlas anualmente y no cada 2 años como se venía haciendo. A este ritmo se han efectuado en el orden siguiente: la III en San Luis Potosí, S. L. P. en 1953; la IV en Veracruz, Ver., en 1954; la V en Mazatlán, Sin. en 1955; la VI en Guanajuato, Gto. en 1956; la VII en Oaxaca, Oax. en 1957; y la VIII en Morelia Mich. en 1958.

La IX Reunión Nacional de Otorrinolaringología se llevará a cabo en mayo de 1959 en la ciudad de Guadalajara, Jal. auspiciada por la Universidad de Guadalajara y organizada en colaboración con la Soc. de Otorrinolaringología de Guadalajara, Jal. Como las anteriores será una oportunidad más para que los participantes conozcan y muestren los adelantos de esta rama de la medicina.

Se han programado TEMAS OFICIALES que se desarrollarán en Mesas Redondas: TEMAS LIBRES, CURSOS RAPIDOS DE ACTUALIZACION y por primera vez se crea la Sección que abordará los importantes aspectos de la ENSEÑANZA DE LA OTORRINOLARINGOLOGIA en las Escuelas de Medicina y en los Cursos para Post-Graduados.

La IX Reunión Nacional de Otorrinolaringología tiene el propósito de cumplir ampliamente con su misión científico social. Su programa científico que será dado a conocer ampliamente en nuestras próximas comunicaciones enfocará los problemas de más palpante interés y actualidad con miras a contribuir a su resolución. Será la fuente de información más valiosa en muchos aspectos para el asistente, le permitirá perfeccionarse para estar en condiciones de ofrecer a sus enfermos mejores posibilidades contribuyendo así a ennoblecer la profesión.

Los programas sociales se están elaborando tomando en consideración intereses comunes y con miras a estrechar los lazos de amistad existentes, establecer nuevas relaciones, procurar ofrecer algunos días de descanso y esparcimiento tan necesarios en la vida del profesionista. Además, el intercambio fuera de las reuniones científicas permitirá ampliar en forma sencilla e informal los conocimientos adquiridos durante las sesiones.

El Comité Organizador de la IX Reunión Nacional de Otorrinolaringología espera que esta primera comunicación en forma de convocatoria la tome Ud. como una cordial invitación, que responda en su llamado y que contribuya con su asistencia y participación al éxito del evento.

El Comité Organizador.

Presidente de la Soc. Mex. de O. R. L.
DR. RAFAEL GIORGANA.

Comité Organizador de la Reunión.

Presidente Ejecutivo.
DR. ISAIAS BALANZARIO.

Vicepresidentes.
DR. FELIX MICHEL.
DR. JOSE SANCHEZ CORTES.

Secretario
DR. OSCAR FARIAS ALVAREZ.

Tesorero.
DR. GUILLERMO PEREZ VILLASANTE.

Vocal.
DR. JAIME VAZQUEZ.

Sub-Comité en Guadalajara, Jal.
DR. FELIX MICHEL.
DR. JOSE SANCHEZ CORTES.
DR. JAVIER GOMEZ OROZCO.

Coordinador General.
DR. RAMON DEL VILLAR.

OFICINAS :

En México, D. F.
Tonalá No. 79. 2o. Piso.
Tel.: 14-05-30.

En Guadalajara, Jal.
González Ortega No. 23.
Tels.: 3-49-59 y 3-29-89.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SALON DE SESIONES: VENEZUELA 4

OFICINAS: OAXACA 24-101

MEXICO 7, D. F.

27 de diciembre de 1958.

Estimado Doctor:

El Comité Organizador de las Cuartas Jornadas Médicas Nacionales se permite recordarle por medio de la presente, la importancia de esta actividad científica (23 al 28 de febrero de 1959). Y esperando contarle entre los asistentes, le ruega considere nuevamente el programa enviado con anterioridad para estimar su inscripción oportuna.

Estará usted enterado que las Cuartas Jornadas Médicas Nacionales tendrán como Sede el Auditorium del Instituto Nacional de Cardiología; y en su desarrollo además de Conferencias, Simposia, Mesas Redondas, Proyección de Películas, etc., ocuparán un lugar especial los SEMINARIOS que se llevarán a cabo en cada una de las Instituciones participantes, —A LA CABECERA DE LOS ENFERMOS— incluyendo desde una Lección Magistral, Clínica, los procedimientos de Gabinete o Laboratorio y la Terapéutica bien sea Médica o Quirúrgica. Para concluir con una Mesa Redonda.

En los Seminarios tomarán parte elementos especializados de cada Institución: Clínicos, Endoscopistas, Radiólogos, Cirujanos, Anatómo-patólogos, etc., tratando de este modo que se logre obtener el mayor aprovechamiento posible con el contacto directo Médico-Paciente.

La inscripción a las Jornadas le da a usted derecho de asistir a un Seminario, sírvase meditar el que le agrade puesto que el cupo a cada Seminario será limitado a 25 personas, por lo que estamos a sus órdenes en espera de su aceptación.

Como las Jornadas Médicas Nacionales equivalen a un Curso de Graduados, los médicos asistentes tendrán derecho a una constancia.

Atentamente
El Comité Organizador

GACETA del

THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

535 North Dearborn Street

Chicago 10, Illinois

Telf: Whitehall 4-1500

CHICAGO.—Una película de 30 minutos sobre el problema mundial de las infecciones que contraen los convalescientes en los hospitales será producida con la cooperación de la Asociación Médica Americana, del Colegio Americano de Cirujanos, y de la Asociación Americana de Hospitales. La producción de esta película, de gran importancia y actualidad ha sido posible gracias a la cooperación y ayuda de Johnson & Johnson de Nueva Brunswick, Nueva Jersey.

La película, con sonido y a todo color, tiene como objetivo educar al personal de todos los niveles de un hospital, indicando las varias formas en que una infección se puede diseminar. Se utilizará el *staphylococcus* como medio de ilustración y como ejemplo de una de las más importantes facetas del problema.

Será producida bajo la supervisión del Dr. Carl Walter, de Boston, Profesor Clínico Asociado de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, reconocido como uno de los investigadores pioneros en esta materia, y por un comité representante de AMA, ACS y AHA. Se presentarán las fases fundamentales del tema y se delinearán los problemas derivados de este en una serie de películas de menor duración que se filmarán como continuación al piloto.

La película será exhibida por primera vez en la reunión anual de la Asociación Médica Americana de Atlantic City el próximo junio, y en el cónclave de la ACS en octubre, y posteriormente en reuniones profesionales a través del mundo.

La coordinación de la filmación estará a cargo del Sr. Ralph P. Creer de Chicago, Director de Cine y Televisión Médica de la Asociación Médica Americana.

dos antibióticos...

alivio rápido del dolor de garganta...

agradable al paciente...

GRANEODIN

(PASTILLAS DE NEOMICINA, GRAMICIDINA Y BENZOCAINA SQUIBB)

CON BENZOCAINA



*para las
infecciones bacterianas
superficiales de la
boca y de la garganta*

1 pastilla cada 2 horas
cajas de 10 pastillas;
cada pastilla está envuelta
en papel celofán y empacadas
en una hoja de
aluminio sellada con parafina

También se suministra: **GRANEODIN UNGÜENTO**
(UNGÜENTO DE NEOMICINA Y GRAMICIDINA SQUIBB)

Tubos de 14.5 G.

**GRANEODIN NASAL
CON FENILEFRINA**

(SOLUCION NASAL DE NEOMICINA, GRAMICIDINA Y
CLORHIDRATO DE FENILEFRINA)

en frascos de polietileno
comprimibles de 15 ml.



'Graneodin' marca registrada

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

Posología

Mezclar asépticamente el contenido de la ampolleta en el frasco- ampula 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.

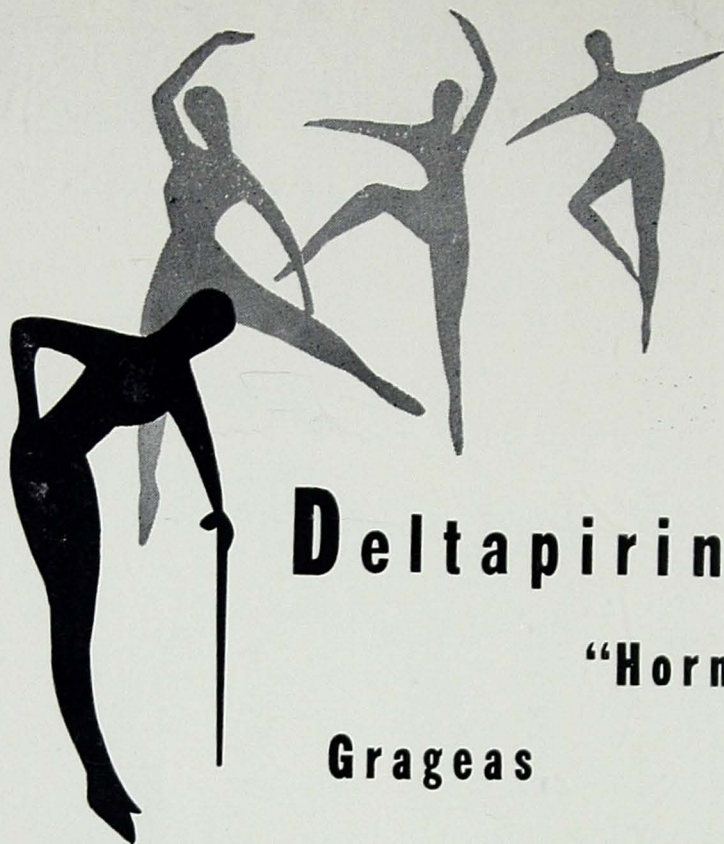
Reg. No. 44852 S. S. A.

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

1 mg.

FENILBUTAZONA

125 mg.

AMINOPIRINA

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.

DISPRINA



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.

**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.

SOCIEDAD MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA

IX REUNION NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA

AUSPICIADA POR LA UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

ORGANIZADA EN COLABORACION CON LA SOCIEDAD DE
OTORRINOLARINGOLOGIA DE GUADALAJARA, JAL.

SEDE: FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

DEL 1o. AL 5 DE MAYO DE 1959

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. 330-4º piso
Tels.: 35-37-85 y 25-61-23.
México, D. F.
Dr. Juan Andrade Pradillo
Emparan 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 Arrijoja Lima
20 de Noviembre No. 79-4
Tels.: 13-90-19 y 17-00-11
México, D. F.
Dr. Miguel Arroyo Guijosa
Medellín No. 94-5º 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. Isaías Balanzario Rosas
Lerma No. 90
Tels.: 11-91-97 y 11-35-13
México, D. F.

Dr. Mario Antonio Barron 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 Gurria
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
Amsterdam 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. 79-2o. 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
Querétaro 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 Chavarría
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
Rosales 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 Saíd Laserre
Hospital de Petróleos Mexicanos
Poza Rica, Ver.

ZACATECAS

Dr. Romeo Romero Sandoval
Plaza Principal No. 10
Jerez, 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.

FURACIN

Marca de Nitrofurazona

El antibacteriano tópico ampliamente usado en prescripciones especialmente eficaces para infecciones de los ojos, oídos y nariz.

OFTALMICO

*"... Furacin es un medicamento antibacteriano eficaz que puede ser prescrito para un conjunto de enfermedades que afectan el ojo externo y los párpados."*¹

Acción antibacteriana, rápida y eficaz generalmente carente de efectos irritantes. Indicado en las infecciones bacterianas del ojo externo, incluyendo las conjuntivitis, blefaritis, dacriocistitis, queratitis, hordeolum, abscesos de los párpados y para la prevención de infecciones post-operatorias.

FURACIN Solución Oftálmica: Frasco gotero con 15 cm.³

Oto-Solución Anhidra Gotas

*En 120 casos de otitis tratadas "los resultados han sido excelentes comparados con aquellos que se habían obtenido con anterioridad."*²

Rápida acción antibacteriana en las otitis externas y medias. No es irritante para las superficies epiteliales infectadas del conducto auditivo externo.

FURACIN Oto-Solución anhidra: Frasco gotero con 30 cm.³

Nasal

*"Se ha encontrado que las infecciones intranasales y de los senos desaparecen más rápidamente... ayuda a combatir la nasofaringitis asociada..."*³

Antibacteriano tópico eficaz (con vaso-constrictor) indicado en rinitis nasofaringitis y sinusitis. No produce irritación ni prurito, ni interfiere tampoco el movimiento ciliar.

FURACIN Nasal: Frasco gotero con 30 cm.³

Referencias: 1. Brennan, J. W.: *Am. J. Ophth.* 35:1343, 1952; 2. Anderson, J. R., and Steele, C. H.: *Laryngoscope* 58:1279, 1948; 3. Spencer, J. T., in Conn, H. F.: *Current Therapy* 1954, Philadelphia, W. B. Saunders, Co. 1954, p. 130.

EATON LABORATORIES



División de The Norwich Pharmacal Co.
Norwich, New York

Nitrofuranos Un nuevo tipo de agentes antimicrobianos distintos a los antibióticos y a las sulfonamidas

Representante:

CASA MORIN, S. A. Guanajuato 103 México 7, D. F.

Los conceptos vertidos en esta literatura son de la responsabilidad exclusiva de los autores mencionados en la bibliografía.
Regs. Nos. 36926 34108 36954 S.S.A. Prop. No. ABFI-12402/56 S.S.A. Literatura exclusiva para médicos.



Viennatone

YA SE ENCUENTRAN EN MEXICO
LOS AUDIFONOS PARA SORDERA
VIENNATONE EL APARATO DE
MAS PRESTIGIO EN EUROPA.

DISTRIBUCION, VENTA Y SERVICIO EN:

VIENNATONE DE MEXICO, S. A.

PUEBLA 182 DESP. 311, ESQ. INSURGENTES.

TEL.: 11-42-80

SOLICITAMOS REPRESENTANTES EN EL INTERIOR