

GACETA MÉDICA

DE

COSTA RICA

REVISTA MENSUAL

ÓRGANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA REPÚBLICA.

Encargado de la edición,

la Secretaría de la Facultad de Medicina.

Dirigir la correspondencia á la Secretaría de la Facultad de Medicina.—San José de C.^aR.

Para anuncios de Europa ó suscripciones, dirigirse al Doctor Alberto Alvarez Cañas, Cónsul General de Costa Rica en París, 4, rue Papillon, quien está exclusivamente encargado de la agencia.

La GACETA MÉDICA se publica cada mes.—No se admiten suscripciones por menos de un año.— El precio de la suscripción, adelantado por un año, es de ₡ 4-00. Precio de un número, ₡ 0-50. El precio de avisos, convencional.

Año XI

San José de Costa Rica, mayo de 1907

Núm. 8

ACTAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

9^a SESIÓN ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina de la República, celebrada á las ocho de la noche del lunes veintidós de abril de mil novecientos siete, con asistencia de los Doctores: Jenaro Rucavado, Primer Vocal; Roberto Fonseca Calvo, Tesorero; Teodoro H. Prestinary, Secretario; Luis P. Jiménez, Fiscal; Benjamín Hernández, Tercer Vocal; y el Doctor Federico Carlos Alvarado.

Artículo I.— Por ausencia motivada del Presidente, Doctor don Carlos Durán, presidió el Primer Vocal, Doctor don Jenaro Rucavado.

Artículo II.— Se leyó, aprobó y firmó el acta de la sesión anterior.

Artículo III.— Se leyó la siguiente renuncia.

San José, abril 15 de 1907.

Señor Secretario de la Facultad Médica de la República.

S. D.

Muy señor mío:

Acuso á usted recibo de la nota del Fiscal de ese Centro, de fecha 8 de los corrientes.

En ella se me pregunta si asisto á las sesiones de la Junta de Gobierno ó si renuncio. Para no alterar el orden de esa Corporación con mis faltas de asistencia, que fueron motivadas, me permito presentar mi renuncia, suplicando á usted se sirva elevarla al conocimiento de la Junta y dar en mi nombre las gracias por el honor que se me dispensó de formar parte del cuerpo director de tan importante Corporación.

Con toda consideración me suscribo muy att^o y s. s.,

M. R. FERNÁNDEZ

Puesta á discusión la renuncia anterior, la Junta acordó aceptarla y dar al Doctor Fernández las gracias por sus buenos servicios prestados á este Centro.

Artículo IV.— Vacante el puesto de 2^o Vocal de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, se procedió á llenarlo. Fué electo por unanimidad de votos el Doctor don Federico Carlos Alvarado, quien estando presente manifestó que aceptaba el cargo; fue juramentado en forma y tomó posesión de aquél.

Artículo V.—De la Secretaría de Estado en el Despacho de Policía se recibió una comunicación de fecha 13 de los corrientes en la cual se transcribe á este Centro, el mismo telegrama que provocó la sesión extraordinaria celebrada por la Junta de Gobierno á las tres de la tarde de ese mismo día. Por lo cual se archivó la nota del señor Secretario de Estado.

Artículo VI.—De la Secretaría de Estado en el Despacho de Policía se recibió el siguiente oficio:

Nº 7

San José, 15 de abril de 1907

Señor Presidente de la Facultad de Medicina

Tengo á mucha honra acusarle recibo de su atenta comunicación Nº 66 de 13 del corriente en la que, á propósito de la epidemia de tifoidea recientemente aparecida en la ciudad de Grecia y en el distrito inmediato de San Roque, esa respetable Corporación aconseja al Gobierno la conveniencia de enviar un médico especial á dichas localidades con el fin de estudiar las causas de la enfermedad y de dictar las medidas higiénicas conducentes á su extirpación.

El Gobierno, acogiendo con agrado lo indicado por la Facultad ha dispuesto que el Doctor don Luis P. Jiménez pase á Grecia para que, en asocio del Médico del Pueblo respectivo y con el concurso de las autoridades de Policía tome á su cargo la referida tarea.

Con toda consideración soy de U. attº S. S.

F. J. VALVERDE

Artículo VII.—De la Secretaría de Estado en el Despacho de Fomento, con oficio número 12 de fecha 11 de los corrientes, se recibió en la Secretaría de la Facultad un memorial suscrito por el señor Emilio Quirós Solano, quien ofrece vender un secreto eficaz contra las mordeduras de serpientes venenosas.

La Junta acordó dirigir oficio al señor Secretario de Estado, manifestándole que no en forma de secreto, y preparados científicamente existen dos sueros antiponzoñosos, el de Calmette, y el del doctor Vital Brazil, contra las mordeduras de serpientes, con los cuales se obtiene prácticamente muy buenos resultados, en tanto que el remedio del señor Quirós no es científico y lo conserva como secreto suyo. Que en este caso lo que pudiera convenir al señor Quirós Solano sería dirigirse á uno de los dos Doctores citados anteriormente á fin de que en sus Laboratorios montados especialmente para el objeto, se ensayase el secreto del señor Quirós.

Artículo VIII.—Del Juzgado 1º del Crimen de San José, se recibió el expediente formado con motivo de la causa seguida contra el Agente Principal de Policía de las Juntas de Abangares, Antonio Mojica Rojas per raptó y estupro en perjuicio de María Guillermina de la Concepción Rojas, para que esta Facultad vierta dictamen. La Junta comisionó á los Doctores don Federico Carlos Alvarado y don Benjamín Hernández para que emitan el dictamen preliminar.

Artículo IX.—El Doctor don Carlos Aragón con fecha 16 de los corrientes manifiesta á este Centro que ha sido nombrado Médico del Pueblo del 5º circuito de la provincia de Guanacaste y que residirá en la villa de Nicoya.

Artículo X.—Se leyó, discutió y aprobó el siguiente dictamen:

San José, 22 de abril de 1907.

Señor Presidente de la Facultad de Medicina.

Los infrascritos médicos, comisionados por la Facultad de Medicina para dictaminar en la causa seguida en el Juzgado Segundo del Crimen de San José, contra Casimiro Villalobos Rodríguez, por lesiones á Damián Villalta, dicen: que examinaron al lesionado, y contestan las preguntas así: á la

a) *¿En cuánto tiempo y científicamente tratadas debieron sanar las heridas?*

Que la lesión más grave—la de la cabeza—no habiendo ocurrido complicaciones, debió sanar, científicamente tratada, en unos diez y ocho días. Las demás lesiones en menos tiempo. A la

b) *¿Si curadas científicamente y con los cuidados del caso no dejan impedimento?*

Que siempre hubiera quedado, aun con esas precauciones, impedimento de la mano izquierda. Y á la

c) *¿Si en realidad el ofendido ningún impedimento tiene?*

Que sí tiene el ofendido impedimento relativo de la mano izquierda.

T. H. PRESTINARY

G. RUCAVADO

Artículo XI — Se leyó, aprobó, y discutió, el siguiente dictamen:

Señor Secretario de la Facultad Medicina

P.

Los infrascritos, médicos, comisionados por esa Facultad para dictaminar en la causa seguida contra Bernardino Navarro Durán por lesión á Liberato Cordero Trejos, manifiestan que estudiaron el proceso y examinaron al lesionado que se presentó en la Secretaría de la Facultad, y que es su opinión que el dictamen médico legal del Doctor don Mariano Figueres Forges está correcto.

San José, 22 de abril de 1907.

R. FONSECA CALVO

LUIS P. JIMÉNEZ

Artículo XII. — Se leyó el siguiente dictamen:

San José, 22 de abril de 1907.

Señor Secretario de la Facultad de Medicina.

Los infrascritos comisionados por la Junta de Gobierno de esa Facultad para dictaminar en la causa seguida contra Juan y Lucio Serrano, por lesiones á Saturnino Chavarría, dicen: a) Que estudiaron el expediente respectivo y que examinaron al lesionado que se presentó manifestando ser Saturnino Chavarría. Y b) que es su opinión, que las lesiones inferidas á Saturnino Chavarría en el tercio inferior del antebrazo derecho, región lateral, que es de las que recibió, la más grave, debió sanar, científicamente tratada, en unos veinte días. Las otras en unos nueve días (f.) F. Carlos Alvarado. (f.) M. Zúñiga. La Junta discutió el dictamen y lo aprobó por mayoría de votos. El Doctor Fonseca Calvo hace constar su voto particular, manifestando que la lesión principal de que se trata debió tardar para sanar, científicamente tratada, unos catorce días.

La sesión se levantó á las diez de la noche.

G. RUCAVADO,
Primer Vocal

TEODORO H. PRESTINARY,
Srio.

10ª SESIÓN ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina de la República, celebrada el veintinueve de abril de mil novecientos siete, con asistencia de los Doctores: Jenaro Rucavado, Primer Vocal; Teodoro H. Prestinary, Secretario; Roberto Fonseca Calvo, Tesorero; Luis P. Jiménez, Fiscal; Benjamín Hernández y Federico Carlos Alvarado, Vocales.

Artículo I. — Por ausencia del Doctor don Carlos Durán, Presidente, el Dr. don Jenaro Rucavado, Primer Vocal, presidió la sesión.

Artículo II. — Se leyó, aprobó y firmó el acta de la sesión anterior.

Artículo III. — De la Secretaría de Estado en el Despacho de Relaciones Exteriores se recibió una comunicación de fecha 27 de abril último, en la cual el señor Secretario de Estado manifiesta que remite á este Centro un informe enviado por nuestro Cónsul en Nueva York, referente al "Stegomya Calopus", y suplicando que se inserte en la "Gaceta Médica". La Junta recibió y leyó el trabajo y acordó darle la publicidad solicitada.

Artículo IV. — De la Secretaría del Colegio de Farmacéuticos se recibió una comunicación con fecha 26 de abril último y n.º 20, en la cual se solicita de este Centro manifieste cuánto tiempo pagó las patentes de botica el señor C. E. Kirkpatrick, cuando estuvo establecido en la ciudad de Heredia. Se dio traslado de la solicitud anterior al señor Tesorero de la Facultad de Medicina.

La sesión se levantó á las nueve de la noche.

G. RUCAVADO,
Primer Vocal

T. H. PRESTINARY,
Srio.

11ª SESIÓN ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina de la República, celebrada el trece de mayo de mil novecientos siete, con asistencia de los Doctores: Carlos Durán, Presidente; Jenaro Rucavado, Primer Vocal; Roberto Fonseca Calvo, Tesorero; Teodoro H. Prestinary, Secretario; Luis P. Jiménez, Fiscal; y Federico Carlos Alvarado, Segundo Vocal.

Artículo I. — Se leyó, aprobó y firmó el acta de la sesión anterior.

Artículo II.—Del Juzgado Segundo del Crimen de San José se recibió la causa seguida contra Pedro Blanco Cordero por lesiones á Julio Peralta Moya, para que esta Facultad diga "el tiempo preciso en que debieran haber sanado las lesiones habiendo sido tratadas científicamente". La Junta comisionó para que viertan el dictamen preliminar, á los Doctores Jenaro Rucayado y Federico Carlos Alvarado.

Artículo III.—Se leyó el siguiente telegrama, que fue contestado por el Presidente de la Facultad: "Depositado en Filadelfia el 10 de mayo de 1907 y recibido en San José el mismo día.—A Presidente Facultad Médica.—Practicando visita oficial hoy en el vecino barrio de Belén, comprobé la existencia de dos casos benignos de sarampión. Por medio del Agente de Policía indiqué las medidas posibles de aislamiento.—El Médico del Pueblo, BERNARDO NOBO."

Artículo IV.— Con fecha seis de mayo en curso, procedente de Cañas y dirigida al Presidente de la Facultad de Medicina se recibió una comunicación suscrita por el señor don Abraham Acosta C., en la cual se solicita una patente de botiquín, y que se levante una información acerca si debe ó no extenderse esa patente, dadas las calidades del interesado. No siendo el asunto de incumbencia de esta Corporación, se dió traslado de él al Colegio de Farmacéuticos.

Artículo V.—De la Jefatura de Sanidad de la comarca de Puntarenas se recibió el cuadro demostrativo de las defunciones habidas en la ciudad y Hospital de Puntarenas durante el mes de abril último. Se acordó publicarlo en la Gaceta Médica.

La sesión se levantó á las ocho y media de la noche.

Nº 81

Jefatura de Sanidad de la comarca de Puntarenas, 1º de mayo de 1907.

Señor Secretario de la Facultad Médica

San José

Tengo el honor de remitir á V. el cuadro demostrativo de las defunciones habidas en la ciudad y Hospital de Puntarenas durante el mes de abril último.

De V. attº s. s.,

AMANCIO SÁENZ

CUADRO DEMOSTRATIVO

de las defunciones habidas en la ciudad y Hospital de Puntarenas durante el mes de abril de 1907

EN LA CIUDAD

Fecha	Nombres	Edad	Vecindario	Nacionalidad	Enfermedad
1º	Manuela Guevara.....	N. M.	Puntarenas	Nicaragüense	Nació muerta
2	María Pérez v. de Arce..	80 a.	—	Costarricense	Gripa
3	Marcelina Chavez.....	45—	—	—	Peritonitis
3	Benito Gilberto Gorgona	1—	Chapernalito	—	Muerto por inmersión
5	Lucas Muñoz.....	60—	Puntarenas	Nicaragüense	Parálisis
12	Ramón Vargas.....	48—	Chomes	Costarricense	Pulmonía
18	Tobías Muñoz.....	7—	Puntarenas	—	Enteritis
23	Francisco de J. Carmona	5 m.	Pitahaya	—	—
25	Felipa Alvarez.....	2—	Puntarenas	—	—
28	Juan Ruiz.....	55 a.	Santa Cruz	—	Arterio-esclerosis

EN EL HOSPITAL

Fecha	Nombres	Edad	Vecindario	Nacionalidad	Enfermedad
6	Herminio Cortés	30 a.	Miramar	Costarricense	Contusión cerebral
18	María Morales.....	21 —	Barranca	--	Infección puerperal
22	Blas López	42 —	Puntarenas	—	Atrofia hepática alcohólica
23	Domingo Alvarado	59 —	San Ramón	—	Enteritis
26	Escolástico Porras.....	36 —	Alajuela	—	Tuberculosis pulmonar

MOVIMIENTO DE ENFERMOS

Existencia anterior	51
Entradas	28
Salidas	25
Existencia actual	29
Varones	21
Mujeres	7
Niños	1

New York, Abril 12 de 1906.

Señor Ministro de Relaciones Exteriores

San José, C. R.

Señor:

Creyendo que puede ser de mucha utilidad para nosotros la aplicación científica de las deducciones hechas de los experimentos conducidos en Mobile Alabama por el Dr. Francis, del Servicio de Sanidad de los Estados Unidos del Norte, he traducido y anotado ligeramente el trabajo publicado en Los Informes de Salud Pública (Public Health Reports) de Washington y se lo incluyo para que si V. lo tiene á bien se sirva enviarlo á los redactores de la Gaceta Médica de Costa Rica, para su publicación. Este trabajo se refiere al ciclo de vida del *Stegomyia calopus* ó mosquito de la fiebre amarilla. Los experimentos del Dr. Francis demuestran la importancia absoluta de hacer efectivas las disposiciones de policía sanitaria, que tienden á hacer cubrir con telas de alambre apropiadas, los receptáculos que contienen agua potable y especialmente la llovida.

Soy de V. atto. y seguro servidor,

JUAN J. ULLOA

New York, abril, 1907.

Señores Redactores de la "Gaceta Médica"

San José, Costa Rica.

Mis estimados colegas:

Por considerarlo de importancia para nosotros que estamos dentro de la zona favorecida por la fiebre amarilla, me permito traducir de los "Public Health Reports" de Washington, lo siguiente:

"*Stegomyia Calopus*" es el nombre adoptado oficialmente para el mosquito propagador de la fiebre amarilla. El Dr. Ch. W. Stiles, jefe del departamento zoológico del Laboratorio de Higiene dice lo siguiente: El Profesor R. Blanchard, Presidente de la Comisión Internacional de Nomenclatura Zoológica, ha demostrado recientemente que según las reglas internacionales, el nombre de "*Stegomyia Fasciata*", que se da generalmente al mosquito de la fiebre amarilla debe cambiarse por "*Stegomyia Calopus*". Las razones para este cambio son las siguientes: "*Culex fasciatus*" fue el nombre que se dio en 1789 y después en 1804 á un mosquito que no es idéntico al de la fiebre amarilla. En 1805, se empleó impropia-mente este mismo nombre para el mosquito de la fiebre amarilla.— "*Culex Calopus*" Meigen, 1818, es el primer nombre con que apropiadamente se conoció el mosquito de la fiebre amarilla, al cual transfiriéndolo al género *Stegomyia* se convierte en *Stegomyia calopus* (Meigen, 1818, Blanchard, 1905). Los puntos en discusión (Ley de Prioridad y Regla de Homónimos) se consideran en los artículos 25, 31, 35 y 36 del Código Internacional. Nota: en adelante se empleará el nombre de *Stegomyia calopus*, en vez de *Stegomyia fasciata*, siempre que en los Informes de Sanidad Pública de Washington, se refiera al mosquito de la fiebre amarilla. La sección de Entomología del Departamento de Agricultura de Washington ha adoptado también el nombre de *Stegomyia calopus*.

Observaciones acerca del ciclo de vida del Stegomyia calopus

El Cirujano Ayudante Francis del Departamento oficial de Salud Pública de Mobile Alabama, con fecha 25 de marzo, informa como sigue:

Las observaciones siguientes con respecto al ciclo de vida del *Stegomyia calopus*, se han hecho en Mobile Ala. durante un año.

Abril 13.—Encontré en el patio de una casa un tanque de metal que contenía ocho pulgadas de agua llovida, en la que habían varios centenares de larvas, las que me llevé y las que se desarrollaron en mosquitos adultos. Durante los meses de mayo, junio, julio, agosto, setiembre, octubre y noviembre, no había ninguna dificultad en conseguir larvas en los receptáculos para agua, usados en todas partes de la ciudad.

Diciembre 23, 1906.—En un abrevadero había una capa de hielo de un espesor de 3 1/16 de pulgada. El agua de dos cubas vecinas contenía larvas que no tuve ninguna dificultad en desarrollar, á la temperatura común de un cuarto de habitación, en mosquitos adultos.

Enero 6, 1907.—Diez y siete larvas se encontraron en el plato de un florero, en una de las salas del Hospital. Estas larvas,

que eran grandes y sanas, se colocaron dentro de un jarro en la caja de hielo, en una división donde la temperatura era de 50° F. Se les suplió alimento, pero á los doce días todas habían muerto, sin haber pasado del estado de larvas.

Enero 16.—Encontré muchas larvas en tres barriles de agua llovida.

Enero 18.—Se encontraron larvas en un barril de agua llovida.

Enero 19.—Se encontraron larvas en tres barrilitos, una cuba y un barril que contenían agua llovida,

Durante el mes de febrero no encontré larvas; pero el Dr. R. H. Peters, ex-Cirujano asistente, me dijo que él si las había encontrado en barriles de agua llovida.

En febrero incubé huevos que habían permanecido secos por seis meses y medio,

Marzo 17.—El Dr. Peters me trajo una botella con larvas, que había tomado de barriles de agua.

Las observaciones anteriores cubren el período de un año de investigaciones, y durante todos los meses pasados se encontraron en barriles de agua llovida, en Mobile, larvas que se desarrollaron en mosquitos adultos.

En quince ocasiones se encontraron larvas en jarrones de loza que contenían agua, en patios. Las larvas nunca se encontraron criándose en los desagües desempedrados de las calles, ni en las charcas, ni en hoyos de fondo de tierra, sino siempre en receptáculos de agua, artificiales.

Los siguientes datos experimentales demuestran que los huevos pueden permanecer viables por seis meses y medio, conservados en seco,

Huevos puestos sobre la superficie del agua en una jarra el 16 de agosto de 1906. La jarra se inclinó de manera que los huevos quedaron adheridos á la pared de la jarra y sobre el nivel del agua. La jarra se dejó en un armario de un cuarto, en el que no se hizo fuego durante todo el invierno y en el que se dejaron abiertas las puertas y ventanas, día y noche. El 15 de octubre raspé algunos de los huevos, los puse en agua, y á las dieciséis horas se habían incubado; las larvas se desarrollaron en mosquitos adultos. El 27 de febrero puse agua suficiente en la jarra hasta cubrir los huevos y elevé la temperatura de la misma á 80°; diez y siete horas más tarde se habían incubado dos docenas de larvas; un poco más tarde se incubó una docena más.

Marzo 6.—Nueve crisálidas; marzo 7, 16 crisálidas; marzo 8, 10 adultos.

Marzo 11.—Diez y seis machos muertos sobre la superficie del agua; se alimentaron 5 hembras con sangre; 16 hembras vivas, 4 machos vivos.

Marzo 12.—Se alimentaron 10 con sangre; marzo 13, se ali-

mentaron 3 con sangre; marzo 14, 50 huevos puestos; marzo 15, 50 huevos puestos; marzo 16, 7 hembras y 2 machos vivos; marzo 17, se alimentó 1 con sangre; marzo 18, se alimentaron 4 con sangre; marzo 19, se alimentaron 2 con sangre; marzo 20, 6 hembras y 2 machos vivos: como 100 larvas en la jarra; se removieron 100 huevos de la superficie del agua y se secaron sobre papel; marzo 23, se alimentó 1 con sangre; se removieron 115 huevos y se secaron sobre papel. Este experimento demuestra que los huevos que se mantuvieron secos y á una temperatura prácticamente igual á la del aire libre, desde el 16 de agosto hasta el 27 de febrero, se mantuvieron viables y cuando se cubrieron con agua y se colocaron en una temperatura de 80°, se desarrollaron el 8 de marzo en adultos, que pusieron huevos el 14 de marzo, los que incubaron en 100 larvas, poco más ó menos, el 30 de marzo, completando así el ciclo de vida”.

Los experimentos arriba referidos del Dr. Francis, sirven para demostrar algunos puntos acerca de la propagación y vida de los mosquitos de la fiebre amarilla, conocidos hoy bajo el nombre de "*Stegomyia calopus*", que es preciso tomar en cuenta al dictar las medidas en contra de estos enemigos terribles de nuestros países. Las observaciones anteriores conducidas aun durante los meses de invierno, en que la temperatura baja, en Mobile, hasta congelar el agua, demuestran que aun en los lugares muy fríos pueden desarrollarse los *Stegomyia calopus* y servir para propagar la fiebre amarilla.

Otro punto importante que sacamos en limpio, es la preferencia de estos mosquitos para poner sus huevos sobre la superficie del agua llovida contenida en barriles, cubas y otras clases de receptáculos artificiales. Este hecho demuestra la importancia absoluta de cubrir con telas de cedazo fino de alambre todos los receptáculos que se empleen para recoger agua llovida y de los que se hace un uso tan extenso, especialmente en Limón y otras poblaciones de nuestra costa atlántica.

Dejando al buen juicio y conocimientos científicos de VV. la tarea de aprovechar los datos anteriores en beneficio de la higiene preventiva de Costa Rica, tengo el gusto de suscribirme de VV., muy atento servidor y compañero,

JUAN J. ULLOA

LAS ENFERMEDADES DEL OIDO EN LA PRACTICA

Hasta hace unos treinta años el estudio de las afecciones del oído se reducía á un pequeño capítulo de patología quirúrgica. Hoy, gracias á los trabajos de renombrados especialistas, el cuadro se ha ensanchado grandemente, habiendo preocupado sobre todo á los autores, las infecciones, las supuraciones del oído medio y las complicaciones que de ellas sobrevienen. La prensa médica de estos últimos años atesora lecciones ó comunicaciones concernientes á las enfermedades auriculares y debidas á Leamoyez, Moure, Euc, Broca, G. Laurens, Malherbe, Raugé y De Quervain, por no citar más autores franceses. Sin hablar para nada de la parte histórica de la cuestión, vamos á dar sencillamente algunas nociones corrientes sobre la práctica diaria de la otología. En los grandes centros de población puede recurrirse á los especialistas; pero en los pueblos y capitales pequeñas, el médico, por su propia iniciativa, vese obligado á comenzar el tratamiento de estas afecciones y seguirle hasta la curación completa.

Para poderse guiar en el diagnóstico de las enfermedades del oído, debemos conocer la manera de examinar el paciente, seguir un método y no separarse de él. Las reglas de este examen semeiológico han sido perfectamente expuestas por Malherbe en una serie de artículos publicados durante los años 1898, 1899 y 1900 en *Le Bulletin médical*.

INTERROGATORIO DEL ENFERMO

Cuando el enfermo llega á la consulta, dos preguntas importantes habremos de hacerle enseguida:

1.^a—¿Sufre Ud., ó ha sufrido Ud?

2.^a—¿Tiene Ud. ó no supuración en el oído?

La respuesta negativa á la primera cuestión nos hará saber que no se trata de una afección inflamatoria.

Si el enfermo ha sufrido y si hay derrame, se trata de una afección inflamatoria. En ese caso nos informaremos desde cuando sufre y cuánto tiempo hace que existe la supuración.

Si los dolores y la supuración existen después de varias semanas ó algunos meses, trátase de una afección crónica; si los dolores existen aún y el derrame acaba de presentarse ó no se ha presentado aún, la enfermedad es aguda.

Si el dolor y supuración datan de largo tiempo, hemos de determinar si el sistema de la supuración está en el conducto auditivo externo, ó si proviene del oído medio. En este caso se hace preciso el examen local. Sin embargo, el experimento de Valsava, que, como todos sabemos, consiste en hacer seguir una inspiración profunda de una espiración forzada (con la boca y la nariz cerradas herméticamente), nos dará muy útiles datos.

Si el tímpano está perforado, percibiremos en el oído enfermo un soplo más ó menos marcados, con producción de estertores, que indica el paso del aire á través del líquido contenido en la caja. La carencia de este signo no nos hará concluir que el oído medio esté íntegro. Podría suceder que la perforación timpánica esté obstruída por mucosidades espesas ó purulentas y por producciones poliposas, así como la obliteración ó el estrechamiento inflamatorio de la trompa de Eustaquio impide que se produzca el signo de Valsava.

El examen directo del conducto auditivo externo nos hará reconocer la naturaleza de las lesiones observadas: eczema, herpes, sífilis ú otitis externa, con producciones poliposas que se tocan con el estilete. Si por el contrario, se observa una perforación del tímpano, podemos afirmar que se trata de una otitis media crónica.

Si el enfermo sufre desde hace algunos días nada más ó después de unas horas, es que hay una inflamación aguda actual. Esta puede traducirse por una viva rubicundez del conducto auditivo, con dolores y tumefacción más ó menos difusa, presentando en ciertos puntos elevaciones ó una protuberancia marcada muy sensible. En este caso se trata de forunculosis. Si se trata de una periostitis aguda del conducto, encontraremos las paredes fuertemente inyectadas é inflamadas, casi al

contacto; existe una inflamación ligera de la apófisis mastoidea; el ganglio retromaxilar está obstruido y el derrame se hace purulento de seroso que era en su principio.

Si los fenómenos dolorosos presentan grande intensidad; hay una sensación de tensión, con pulsación, latidos si el oído ha disminuido poco; si con el espéculo se ve la membrana fuertemente inyectada, sobre todo al nivel del mango del martillo, reconoceremos una miringuitis aguda consecutiva á una otitis externa ú ocasionada por una otitis media aguda.

En los casos de otitis media aguda el encadenamiento de los síntomas es el siguiente en la generalidad de los casos: principio brusco, sobre todo por la noche; dolor lancinante, principalmente nocturno, cefalea, fiebre, vértigo, delirio y á veces rigidez de la nuca cuyos accidentes pueden hacernos confundir con una meningitis aguda. Más tarde, la membrana timpánica presenta un aspecto despulido, la epidermis se reblandece y da lugar á la presencia de falsas membranas, y la perforación se produce dando salida á una cantidad mayor ó menor de pus, primeramente ceroso y luego purulento. Cuando el tímpano se bombea mucho, está indicado practicar la paracentesis lo más pronto posible para que cesen los dolores.

En otro orden de ideas, si el enfermo no sufre, no ha sufrido nunca y no tiene supuración, debemos averiguar si hay ó no zumbidos.

Se trata aquí de afecciones no inflamatorias, debidas casi siempre á lesiones del aparato trasmisor.

Veamos si encontramos:

- 1º—Una obstrucción del conducto auditivo externo.
- 2º—Una obstrucción de la trompa de Eustaquio, y
- 3º—Una otitis media, seca ó esclerosa.

Mediante este metodo circunscribiremos rápidamente el campo de las investigaciones. Todos los casos procedentes están dominados por un síntoma mayor: la sordera. Por lo tanto preguntaremos al paciente desde cuándo está sordo.

Si la sordera, dice Malherbe, ha sobrevenido súbitamente, con algunos zumbidos, después de un baño ó toda otra causa, deberemos pensar que un tapón de cerumen obstruye el conducto auditivo externo.

Si el enfermo dice que está sordo, pero no siempre en el mismo grado, que unas veces oye mejor que otras, pensaremos en una alteración de la trompa de Eustaquio.

Si la sordera remonta á diez años ó más, y si oye mejor en ferrocarril, en ómnibus ó entre un gran ruido (Paracusia de Willis), está atacado de esclerosis de la caja.

El examen directo nos confirmará casi siempre los informes del interrogatorio. En efecto, si el conducto está libre, examinaremos la trompa; pero con frecuencia, mediante la iluminación interna distinguiremos en el fondo un tapón de cerumen, que reconoceremos por el color, ó un cuerpo extraño.

Si el examen del conducto no revela nada extraño, pensaremos en un catarro seco tubotimpánico, y en este caso el tímpano está más ó menos hundido, el mango del martillo levantado y la apófisis externa saliente. El experimento de Valsalva, la ducha de Politzer y, finalmente, el cateterismo de la trompa confirmarán el diagnóstico. El cateterismo de la trompa necesita cierta habilidad y sobre todo pertenece á los especialistas.

Si se trata de una otitis esclerosa, observaremos un espesamiento con opacidad de la membrana timpánica; el triángulo luminoso no existe; el mango del martillo tiene la forma de un balancín, y la sordera suele ser pronunciada, oyendo menos en medio del ruido; las ventanas laberínticas suelen estar interesadas.

Finalmente, veremos otra clase de sordos que no presentan los fenómenos precedentes y el diagnóstico se hace con el diapasón. O el enfermo no oye nada aplicando el diapasón sobre el cráneo, y entonces se trata de una lesión cerebral (meningitis, etc.) ó la audición está simplemente disminuída y se trata de una otitis laberíntica. En este caso los zumbidos son muy intensos y hay vértigos.

Si al mismo tiempo que los trastornos variados del oído y los vértigos, se observa una parálisis facial del mismo lado, pensaremos en una osteoperiostitis del conducto auditivo interno.

EXPLORACIÓN DEL OÍDO

El interrogatorio del enfermo nos dará una serie de datos sobre la naturaleza inflamatoria ó no de las afecciones del oído y nos permite localizar casi seguramente el asiento de la enfermedad; la exploración directa del conducto nos dará á conocer los últimos elementos necesarios para el diagnóstico. Haremos sucesivamente:

1° El examen del conducto auditivo externo y del tímpano; 2° El examen con el estilete; 3° El examen con la ducha de aire; y 4° El examen de la audición.

A. *Examen á simple vista.*—En primer lugar empezaremos por inspeccionar el pabellón y su punto de unión, luego pasaremos al conducto auditivo externo, y para el examen emplearemos un espéculo especial. El más recomendable y más corriente es el de Tonzbee, en forma de embudo, que tiene tres tamaños diferentes para adaptarse á los distintos calibres del conducto, según las edades. Deberemos colocar al paciente de manera que se pueda utilizar bien la luz, y se impulsará hacia delante el trago y hacia detrás y arriba el pabellón del oído para introducir el espéculo. Este instrumento debe manejarse con suavidad é introducirse lenta pero profundamente con todos los cuidados necesarios al estado dolorido del conducto. Imprimiremos al espéculo movimientos de elevación, de descenso y de torsión, de modo que se inspeccionen todas las partes del conducto y de la membrana timpánica.

A menudo el examen se dificulta por la presencia de laminillas epidérmicas ó por un tapón de cerumen. En estos casos, mediante una inyección tibia, limpiaremos el conducto ó con un estilete fino quitaremos estas materias, no hundiendo demasiado el instrumento para no herir las partes profundas.

Malherbe describe como sigue el aspecto del oído normal: "La membrana timpánica aparecerá gris perla, transparente, inclinada, formando un ángulo de 140° con la pared superior y posterior del conducto. Lo que llama primeramente la atención y lo que debe servir de punto de partida es el mango del martillo. Se presenta bajo el aspecto de un pliegue blanco y delgado, dirigiéndose del borde antero superior del tímpano hacia su centro, empezando delante y arriba por un pequeño saliente blanco; la apófisis externa, que termina en el centro de la membrana ligeramente en forma de espátula: el ombligo. Por cima de la apófisis externa se ve la membrana flácida de Suhrappnell. Del ombligo, y dirigiéndose hacia delante y hacia abajo, parte un reflejo luminoso brillante y triangular, cuya punta está en el ombligo y la base próxima al borde de la membrana. Este es el triángulo luminoso, que puede presentar particularidades algunas veces y hasta faltar otras".

El tímpano, blanco mate y no transparente en los niños, se vuelve brillante hacia los 12 ó 15 años, para tomar una coloración blanca amarillenta en una edad avanzada.

El examen del tímpano hará observar modificaciones referentes á cambios de aspecto, anomalías de las curvas y pérdidas de sustancia.

Las variaciones en el cambio de aspecto tienen una grande importancia semiológica.

La inflamación del tímpano se traduce por una hiperemia más ó menos pronunciada, según las capas interesadas. Si la capa cutánea es la sola atacada, los vasos sanguíneos están inyectados alrededor de la apófisis externa y á lo largo del mango del martillo; si la inflamación interesa capas más profundas, la coloración se vuelve de un rojo escarlata; si por el contrario, la membrana ha perdido su brillo, es que el epitelio de la superficie ha sido alterado por sustancias húmedas, líquidos introducidos ó productos de secreción. Si se observa espesamiento y opacidad, es que hay una infiltración de origen inflamatorio; las proximidades del martillo están más ó menos confusas; si hay esclerosis y degeneración grasosa, la coloración de la membrana es amarilla blanquinosa, y se vuelve oscura y verde botella si la caja contiene un líquido mucoso, y amarilla si este líquido es pus.

El hundimiento de la membrana timpánica en su totalidad es una de las más frecuentes anomalías de curvatura que podemos encontrar. Resulta de una diferencia de presión entre el aire, rareficado de la caja y la presión exterior, y es la consecuencia de un catarro tubotimpánico. El examen otoscópico nos hace ver el martillo encogido y la apófisis externa saliente, de la que se destacan numerosos pliegues

hacia delante y hacia atrás. Las cicatrices del tímpano producen así hundimientos limitados.

A veces se encuentran bolsas líquidas entre la capa propia y la capa cutánea de la membrana, sobre su segmento antero superior. Estas bolsas son el signo característico de un derrame en la caja.

Si las trompas son muy permeables, podremos ver movimientos de la membrana isócronos con los movimientos respiratorios.

B. *Examen con el estilete.*—El estilete es un instrumento cuyo uso puede ser muy peligroso y que debemos manejar con mucha precaución. Nos permite asegurarnos de la naturaleza de los neoplasmos que están en la oreja y de la presencia de cuerpos extraños. Con el estilete se circunscriben los pólipos de modo que puede determinarse el punto de su implantación; él nos indica los puntos atacados de caries, nos hace conocer la sensibilidad de las partes inflamadas y la presencia de secreciones más ó menos espesas.

El grado de movilidad de la membrana timpánica puede medirse con el espéculo preacústico de Siégle. Esta movilidad disminuye en caso de esclerosis y aumenta por causa de atrofia y de cicatrices. Finalmente, por este medio veremos si el mango del martillo participa del movimiento ó si está inmovilizado por adherencias.

El rinoscopio puede ser útil para indicar el estado de abertura de las trompas y de las partes próximas facilita mucho el cateterismo de estos conductos.

C. *Examen con la ducha de aire.*—Un punto de los más esenciales en el examen del aparato auditivo es el de determinar si la trompa es permeable al aire, lo cual constituye, como sabemos, el estado normal y fisiológico. Para llegar á este fin se ponen en uso dos series de medios: los unos permiten provocar la entrada ó salida del aire á través de la trompa; los otros aseguran que el aire circula en realidad en el oído medio.

El procedimiento de Tonybee es el único que determina el paso del aire del interior al exterior. Consiste, dice Duplay, en que el enfermo haga un movimiento de deglución con la boca y la nariz herméticamente cerrados. En efecto, en estas condiciones, en el momento de hacer la deglución se produce una tendencia al vacío en la cavidad nasofaríngea, al mismo tiempo que el orificio faríngeo de las trompas se ensancha bajo la influencia de la contracción de los músculos elevadores del velo del paladar, y el aire contenido en la caja se escapa entonces por el conducto tubario.

El procedimiento de Valsalva tiene por objeto determinar el paso del aire á través de la trompa, del exterior al interior. Se practica de la manera siguiente: el enfermo hace una fuerte inspiración y luego cierra herméticamente la boca y la nariz, haciendo un movimiento espiratorio forzado. El aire comprimido en la cavidad nasofaríngea penetra en la trompa de Eustaquio.

El procedimiento de Politzer tiene sobre todos los demás una innegable ventaja. Se ejecuta de la manera siguiente: introdúcese un tubo en la nariz á dos ó tres centímetros de profundidad; después, cerrados herméticamente ambos agujeros, se insufla aire en el tubo en el momento preciso en que el enfermo hace un movimiento deglutivo. Comprimido así el aire en una cavidad cerrada, tiende á pasar por la trompa de Eustaquio, cuyos orificios están abiertos en el momento de la deglución.

El cateterismo de la trompa de Eustaquio es el procedimiento más perfecto de exploración del oído medio de una manera mucho más directa que los procedimientos de Valsalva y Politzer; permite igualmente la introducción, en el canal tubario de instrumentos más pequeños destinados á dilatar (bujías filiformes de cuerdas de guitarra de goma ó de ballena). No describiremos el cateterismo de la trompa que se practica con sondas especiales (sonda de Itard). Es una operación delicada, para la que se necesita gran práctica y que conviene más reservar á los especialistas.

Para darnos cuenta de que el aire circula en el oído medio se emplean varios medios: la exploración de la membrana del tímpano, la otoscopia manométrica y la auscultación del oído. La membrana del tímpano sale hacia fuera si se aumenta bruscamente la presión del aire en la caja, y por el contrario, si hay rarefacción del aire se inclina hacia dentro. La otoscopia manométrica es un procedimiento de laboratorio. Cuanto á la auscultación del oído con el otoscopio de Tonybee, es el

medio más seguro de apreciar la circulación del aire en el oído medio. Uno de los embudos del tubo de caucho del otoscopio se introduce en el oído del paciente y el otro en el del observador. Hecho esto, si se lanza bruscamente un chorro de aire en la trompa el médico percibe un pequeño chasquido particular, que indica haber penetrado el aire. Este ruido varía según el grado de permeabilidad de la trompa, según la mucosa de la caja esté seca ó húmeda, según la membrana timpánica esté intacta ó perforada, espesada ó inmovilizada (Duplay).

El examen con la ducha de aire y el cateterismo de la trompa son preciosos medios de diagnóstico y de tratamiento y nos confirman los datos obtenidos por el interrogatorio y el examen visual. Por esto la falta de penetración del aire en la caja indica una estrechez, una inflamación de la trompa de Eustaquio. El paso del aire á través de la membrana timpánica confirma la perforación del tímpano, etc.

D. *Examen de la audición.* El examen de la audición, del estado funcional del órgano del oído terminará estos trabajos. Determinaremos este estado, dice Malherbe, por dos métodos diferentes: la percepción aérea y la percepción ósea.

1º *Percepción aérea.* En la percepción aérea el foco sonoro está separado del oído por el aire; en la percepción ósea las ondas sonoras son transmitidas directamente al nervio auditivo por el hueso del cráneo.

El experimento de Rinne demuestra que la percepción aérea es más aguda que la ósea. Este experimento consiste en colocar sobre el cráneo un diapasón en vibraciones hasta que el oído no oiga nada. Si en este momento se coloca el diapasón en el meato auditivo, notaremos aun el sonido durante algún tiempo. Entre las modificaciones de la elasticidad del tímpano la soldadura de los huecillos y las paredes de la caja pueden modificar la sonoridad aérea en provecho de la sonoridad ósea.

Para buscar la acuidad auditiva nos serviremos del reloj de bolsillo, del acúmetro, del diapasón ó de la voz. En general es preciso que el foco sonoro esté bastante lejos del enfermo para que éste no le oiga en un principio, y luego habremos de examinar cada oído separadamente, haciendo que el enfermo cierre los ojos.

El acúmetro de Pelitser es preferible á todos los demás instrumentos, pues siempre tiene el mismo sonido fundamental que no varía nunca. Es un pequeño cilindro de acero sobre el cual viene á caer un martillo cuyo ruido debe oírse á 12 ó 15 metros. Los resultados obtenidos con este aparato son constantes y menos susceptibles de error, que con el reloj ó la voz. Para los sonidos altos podemos utilizar el silvato de Galton, que da una gama de sonidos interrumpida y que permite observar las lagunas que pueden existir para percibir algunos sonidos.

El diapasón es el medio más práctico para el examen del oído, y se puede afirmar, según Malherbe, que cuanto más largas sean la duración y la percepción de las vibraciones y la distancia á que se oigan, mejor es la acuidad auditiva. Se pone el instrumento en vibración y se cuenta el número de segundos durante los cuales se percibe el sonido, notando la distancia á que se oye; después le acercamos á nuestro oído para ver si las vibraciones son aún perceptibles y por cuánto tiempo. Así se nota la diferencia de la acuidad auditiva entre el paciente y el examinador.

En la sordera nerviosa los sonidos bajos son percibidos más fácilmente que los altos, y en la otitis esclerosa sucede lo contrario.

Continuaremos estas observaciones mediante la voz, evitando que el enfermo pueda leer en nuestros labios; hablaremos en voz alta y luego más bajo, haciendo repetir al enfermo nuestras palabras.

2º *Percepción ósea.* Haremos luego la observación mediante la percepción ósea. Cuando un foco sonoro se pone en contacto con los huesos del cráneo por intermedio de un cuerpo sólido, una parte de las vibraciones llega directamente al laberinto sin pasar por el aparato de transmisión. La percepción ósea es, por lo tanto, un medio precioso para reconocer el estado del nervio auditivo y del aparato laberíntico.

Para este examen podremos servirnos del reloj, del diapasón ó del acúmetro de Politzer. Sin embargo, el diapasón, que puede llevarse de las regiones parietales á la temporal, parietotemporal y mastoidea, es el instrumento más útil. No obstante, el acúmetro es preferible para el diagnóstico y el pronóstico de las afecciones del oído medio. Si hay disminución de la percepción por el hueso del cráneo en los ca-

sos de otitis esclerosa lenta con ruidos subjetivos, podremos concluir que el laberinto está interesado y el pronóstico se agrava. Si la percepción se conserva y hay una gran disminución de la acuidad en el acúmetro y la voz, nos inclinaremos hacia una alteración del aparato de transmisión.

Aplicado el diapasón en el vértice, la raíz de la nariz, los incisivos ó la barbi-lla, da un sonido apreciado de igual modo por ambos oídos. Si tapamos un oído con el dedo, el diapasón se oye más en este lado. Esta es la experiencia de E. H. Weber. Sea cual fuera la explicación de este fenómeno, podemos decir, en general, que siempre que haya un obstáculo para la tramitación del sonido en el conducto ó en el aparato transmisor, estando intacto el laberinto, el diapasón *vortex* se oye mucho mejor por el oído enfermo.

En las otitis internas primitivas no se oye el diapasón por el oído lesionado en ningún punto de la línea media del cráneo.

En las afecciones crónicas del oído mediano, si el diapasón ha demostrado una disminución de la percepción ósea, es que el laberinto participa de la lesión (Malherbe).

Se utilizará también el experimento de Rinne, de que ya hemos hablado antes. El Rinne es positivo cuando la conducción aérea es superior á la ósea, y es negativo en el caso contrario. Generalmente puede decirse que, en caso de sordera, si el Rinne es positivo, no hay trastornos de la conductibilidad de los huesos de la cabeza y del aparato de transmisión, y que, por lo tanto, el oído interno está afectado. Si el enfermo oye mejor y más tiempo cuando el sonido se transmite por los huesos, es que hay alteración de los aparatos de transmisión.

RUIDOS ENTÓTICOS.—RUIDOS SUGESTIVOS.

Ahora debemos estudiar ciertos ruidos particulares que sufren los enfermos y determinan su verdadero significado. Se dividen estos ruidos en:

Ruidos entóticos, y
Ruidos sugestivos.

Los entóticos tienen su punto de partida en el oído externo ó medio ó en los vasos de la caja. Pueden resultar de la presencia de cuerpos extraños en el conducto auditivo externo ó de fenómenos que se produzcan en la trompa, cuyas mucosas unidas, se separan bruscamente, produciendo un chasquido seco. A veces se producen simples ruidos vasculares, latidos de las carótidas ó de la yugular y ruido propagado de *diablo*.

Los ruidos sugestivos resultan de una lesión del aparato de transmisión ó de una enfermedad del nervio acústico.

En la primera categoría entran todos los casos de lesión del aparato de transmisión ó del oído externo que pueden aumentar la presión intralaberíntica.

La segunda categoría comprende los casos de irritación directa del tronco y de las partes centrales del nervio acústico, por anemia, inflamación ó compresión, á causa de un tumor.

También observamos zumbidos de naturaleza refleja en la odontología, la neuralgia trifacial, las afecciones de la faringe nasal, etc.

Los ruidos percibidos por los enfermos pueden ser *intermitentes ó continuos*, y les dan nombres fantásticos, como: zumbido, ruido de rueca, paso de tren, ronrón de gatos, zumbidos de insectos, etc. Señalaremos este punto importante; los individuos que crean escuchar la voz humana ó una melodía, padecen alucinaciones del oído, sintomático de una enfermedad mental.

La intensidad de los zumbidos está sujeta á variación, según la temperatura, la humedad, las modificaciones del estado catarral de la caja, las distracciones, los esfuerzos violentos, las enfermedades, la tos, los estornudos, el embarazo, etc. Se perciben mejor en el aislamiento, que en la calle, donde se apagan por otros ruidos más fuertes.

El enfermo atribuye el punto de estos ruidos unas veces á la cabeza y otras veces á ciertos sitios localizados: frente, occipucio y toda la cabeza.

La existencia de estos ruidos sugestivos permite concluir á una lesión del órgano del oído y van acompañados, tarde ó temprano, de *sordera*.

Cuando se trata de un enfermo con zumbidos de oído, deberemos determinar si son entóxicos ó subjetivos.

El examen directo permite reconocer si la trompa de Eustaquio, las mucosidades de la caja ó cuerpos extraños son la causa de los zumbidos: si son ruidos vasculares, la compresión de la carótida ó de la yugular les hace desaparecer.

Los ruidos que presentan una gran variedad son generalmente de origen timpánico; los que se producen súbitamente deben atribuirse á un derrame en la caja.

Si el enfermo oye las voces, y sobre todo las injurias, debemos pensar que se trata de un delirio de persecución.

VÉRTIGO

El vértigo viene con frecuencia á complicar las enfermedades del oído: consiste en trastornos del equilibrio, con náuseas y vómitos. El vértigo puede ser ocasionado por una lesión cerebelosa ó por una repercusión directa ó indirecta sobre el laberinto, y este trastorno suele ser producido por una irritación de los nervios y de los canales semicirculares.

Mil circunstancias pueden producir el vértigo: cuerpos extraños, chorro de agua fría sobre el tímpano, tapón de cerumen, insuflación de aire, inyección en el oído, ruidos violentos, etc.

Hallaremos el vértigo en el catarro crónico, y en este caso puede ir acompañado de zumbidos y de sordera más ó menos pronunciada. Se encuentra sobre todo en las afecciones del oído interno y en las heridas del laberinto.

El vértigo puede depender de una lesión del cerebelo y debemos hacer el diagnóstico: acompañado de náuseas, de vómitos, de zumbidos y de sordera, el vértigo indica una lesión de los nervios ampulares, sobre todo si existe ya una lesión auricular. No debemos olvidar, sin embargo, que puede producirse un reflejo del oído sobre el cerebelo, y no hay que precipitarse en dictar una solución sin reflexionar.

Si los desarreglos vertiginosos son debidos á una lesión del cerebelo, observaremos los síntomas siguientes: marcha del enfermo atáxica ó vacilante, movimiento de manejo ó tendencia á la caída, perturbación de la palabra, nistagmus, imposibilidad de levantar la vista por cima del plano horizontal, contracción de la pupila del mismo lado, neuritis óptica, cefalalgia occipital, etc. (Malherbe)

¿Qué se entiende por vértigo de Menière y cuáles con las relaciones de esta afección con el oído?

El vértigo de Menière se produce súbitamente con ruidos, zumbidos y sordera total ó parcial; el enfermo cae como herido por un rayo, sin pérdida absoluta del conocimiento. Estos síntomas desaparecen con más ó menos rapidez y se reproducen á intervalos variados. Cuando el enfermo se queda sordo, no hay más ataques; pero la enfermedad puede curarse también sin dejar huellas de su paso. El vértigo de Menière es siempre el signo de una lesión del nervio auditivo, primitiva ó secundaria, como por ejemplo, un estado patológico del *oído externo ó medio*.

Puede existir también en las afecciones de los canales semicirculares y por alteración de las fibras nerviosas auditivas en el trayecto intracerebral. El tratamiento del vértigo de Menière ha sido indicado por Charcot y es el sulfato de quinina á dosis altas.

HIPERESTASIA ACÚSTICA.—PARACUSIA.—AUTOFONIA

Digamos para terminar, algunas palabras de la hiperestesia acústica, de la paracusia y de la autofonia.

La primera existe para ciertos sonidos elevados en los nerviosos, al principio de las afecciones de la caja en los casos de rotura timpánica, en las otitis secas, el insomnio, la jaqueca y la histeria. A veces tiene el enfermo así como la percepción de un sonido prolongado ó conserva durante largo tiempo en el oído un ruido ya lejano.

La paracusia ó audición falsa consiste en la percepción de un ruido que no corresponde al sonido engendrado. A veces el enfermo no puede indicar el origen del sonido: esta es la paracusia de *lugar*.

Se da el nombre de paracusia de Willis al síntoma particular que se produce en las personas sordas y que les hace oír mejor en medio del ruido. Se atribuye este fenómeno á que la cadena de los huesecillos ya anquilosada, es agitada por ruidos violentos y que permite más fácilmente la trasmisión de las ondas sonoras menos agudas.

Cuando el enfermo oye resonar en el oído su propia voz, dicese que hay autofonía. Este síntoma es debido á una abertura anormal de la trompa de Eustaquio.

Terminado por ahora, este sumario, estudio de semeiología, en un próximo artículo hablaremos de las otitis, cuya frecuencia y gravedad necesitan capítulo aparte.

La Habana Méd.

TRATADO DE PATOLOGÍA GENERAL Y DE ANATOMÍA PATOLÓGICA *

Por el Dr. Eduardo García Solá, catedrático y Rector de la Universidad de Granada.

Quinta edición, totalmente refundida en texto y en ilustración de grabados.

La quinta edición de esta reputada obra, que acaba de aparecer, constituye un libro nuevo por la exuberancia de radicales modificaciones y adiciones que la colocan á la altura de los últimos descubrimientos en la Patología y Anatomía patológica generales. Esta renovación fundamental de su material contenido, al compararlo con las ediciones anteriores, la confirmará el lector en todas sus páginas, que registran cuantas novedades ilustran hoy la patogenia, semeiótica y el diagnóstico de las enfermedades, resultando por ello su consulta de una utilidad efectiva para el práctico que desee informar sus juicios é investigaciones en las últimas doctrinas científicas y en los más modernos y preciosos métodos de investigación para el diagnóstico.

En la sección nosogénica se consignan nuevas acciones causales, como las debidas á los cuerpos radio activos, rayos Röntgen, intoxicaciones exógenas y endógenas, todos los microbios patógenos, entre los que figura alguno de tan reciente descubrimiento (1905) como el *espiroceto pálido* de la sífilis, etc etc; así como también las modernas interpretaciones sobre el concepto y proceso de la infección, ponosis, diátesis, secreciones internas, etc. La exploración clínica aparece ampliada con los más recientes procederes indagatorios de verdadera utilidad en la práctica, entre los que figuran la radioscopia y radiografía, el suero radiodiagnóstico y el diagnóstico, la punción lumbar, hemoglobimetría y globulimetría, crioscopia, diazo reacción y aldehído reacción, prueba del azul de metileno, etc., indicándose los aparatos y medios para realizar estas nuevas investigaciones, como el hematocrito, divisores endovesicales, centrifugadores, etc.

También ofrece una refundición total la Sintomatología, siendo completamente nueva la interpretación de la mayor parte de los fenómenos morbosos en relación con los últimos descubrimientos de la Fisiología, Patología experimental y Química biológica, cuyas reformas encontrará el lector más acentuadas en el análisis de los desórdenes inervadores, circulatorios, respiratorios, y sobre todo, en el de los productos de secreción, que tanto ilustra hoy el diagnóstico de muchas enfermedades. Por último, la total doctrina de los procesos generales, que se desenvuelve en el segundo tomo de la obra, aparece informada en los más recientes descubrimientos histológicos y microbiológicos, que han cambiado radicalmente el antiguo concepto de muchas lesiones, precisando, además, su génesis y su máa exacta de terminación; novedades que se extienden á todas las secciones de la Anatomía patológica, bajo la forma de apreciaciones modernas sobre la *glicogenia neoplástica*, *parasitismo* y *toxicismo embólico neoplástico*, *concepto actual de la inflamación por las defensas linfocitarias*, *determinación química de las degeneraciones é infiltración* etc., etc.

Si á las condiciones indicadas agregáramos la mayor ilustración de grabados y las numerosas referencias bibliográficas, que facilitarán la consulta de los puntos que se deseen ampliar en otras obras, no será aventurado esperar de esta nueva edición un eficaz servicio tanto para la cultura del cuerpo escolar como para la del médico que se proponga concordar su práctica con el estado actual de la ciencia.

Esta nueva edición de la excelente y reputada obra del Dr. García Solá forma dos volúmenes en cuarto mayor, que en junto suman 956 páginas de excelente papel y bella impresión, adornada con 228 grabados intercalados en el texto, y se vende á 20 pesetas en Madrid y á 21 remitida á provincias franca y certificada, en la Librería de D. Nicolás Moya, calle de Carreteras, núm. 8, Madrid.

Su adquisición desde provincias puede efectuarse fácilmente, enviando su importe al citado señor Moya, en letra, cheque, libranza, sobre monedero ó sellos de franqueo, certificando la carta en este último caso, y seguidamente á su recepción será servida.

TABLETAS DE ANTIKAMNIA

La Antikamnia tiene como base los derivados de amido-benzoles, combinados de tal manera que se evitan los malos efectos causados por muchos de esta serie de cuerpos orgánicos cuando son administrados solos. Así, pues, es superior á la antipirina, fenacetina, antifebrina, exalgina y sus congéneres derivados de la misma fuente, en las enfermedades debidas á lesiones centrales ó periféricas del aparato nervioso, por ejemplo en neuralgia, migraña, ciática, jaqueca, hemicránea, reumatismo y fiebres, también en dolor de cabeza y otras neurosis debidas á irregularidades de la menstruación. Administrada en casos de fluxión epidémica ó la grippe y afecciones análogas, produce los mejores resultados. En una palabra, las "Tabletas de Antikamnia" son un remedio cierto, sin estar expuesto á ningún peligro, para todo dolor que pueda ser dominado tomando medicina interiormente. Los trastornos gástricos y depresiones del corazón, frecuentemente producidos por una ó más dosis de preparaciones hechas de alquitrán de carbón, no son jamás producidos por esta droga.

Las "Tabletas de Antikamnia" se disuelven fácilmente en los fluidos del estómago y se difunden en el sistema, sin ningún efecto subsecuente desagradable. Las "Tabletas de Antikamnia" no causan ninguna excitación ó depresión del corazón y no se adquiere ninguna costumbre de droga para animar la satisfacción de usarlas, por la razón de no contener morfina, cocaína, cloral, kola ú otras drogas ó productos químicos peligrosos.

El mejor surtido de obras de medicina y farmacia en Costa Rica, no hay duda que lo tiene la SOCIEDAD LIBRERA DE FONT Y CIA., la Casa mejor surtida en su ramo y la que vende más barato. Allí llegan todas las novedades y se encargan de pedir al extranjero todo lo que les recomiendan, con una simple comisión.

REVISTA IBERO AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS

Fundador don FEDERICO RUBIO Y GALI

(Saldrá á luz cada dos meses)

Director y Gerente, DR. D. LUIS MARCO. Profr. *honoris causa* del Instituto Rubio.—La Moncloa, Madrid.

Las suscripciones son por todo el año de la fecha, sea cual fuere la época en que se hagan.

