

PSIQUIATRIA.

Una hojeada á los modernos medios de exploración en las meningitis agudas, con motivo de un caso de mi práctica hospitalaria.

La enfermedad que vengo á poner esta noche ante los ilustrados recuerdos de ustedes es sin duda una de las que más vivamente interesan á los médicos y á las familias, y esto por varias razones: sea la primera, que ataca de preferencia á los jóvenes, más bien dicho á los niños, cuando han llegado á esa edad al derredor de los 8 años, en la cual se les cree ya seres bien

vigorizados, capaces poco más tarde de convertirse en miembros útiles de la sociedad, en ese momento se les ve atacados de tan terrible dolencia. Sea otra causa para tenerle horror á las meningitis la idea muy generalizada que se tiene de que toda meningitis es mortal siempre, así es que basta oír semejante diagnóstico en las familias para verlas enteramente atribuladas y esperando el funesto fin. Esta idea no vaya á pensarse que existe únicamente en el público ajeno á la medicina, puesto que muchos médicos la poseen igual. Debo declarar que de este modo lo aprendí de boca de mis maestros y no hace de ello muchos años. Sea otra causa para tener el padecimiento la idea también generalizada de que siendo como es, nobilísimo, el sitio afectado, las raras personas que escapan de la muerte quedan ciegas, sordas ó idiotas, etc., en suma, como gentes del todo inútiles á la vida de actividad. ¡Cuántas veces he oído en este orden de ideas exclamar á las amantes madres de los meningíticos que prefieren ver muertos á sus hijos y no víctimas de algunos de los terribles accidentes cerebrales que acabo de enunciar!

Mas por fortuna los avances de la ciencia en tan arduo problema son sumamente interesantes, y ya pasó el tiempo en que se confundían las meningitis agudas de que hablo con las tuberculosas, para no remontarnos á conocimientos anteriores á 50 años; y este grandísimo progreso se acrecenta de un modo considerable en la época actual, en que la microbiología ha venido á caracterizarnos las distintas meningitis, y todavía en los días de hoy se ha dado otro inmenso paso en el conocimiento de esta enfermedad, al estudiar el líquido céfalo-raquídeo desde el punto de vista de su presión, densidad, de su punto crioscópico, de sus caracteres químicos (cantidad de albúmina), citología, bacteriología y permeabilidad de las meninges á los medicamentos. Son estos datos, nacidos ayer y estudiados hoy, los que permiten desde el primer momento hacer un diagnóstico bastante preciso de la importancia de las meningitis, dejando prever si se trata de meningitis graves, calculando en este caso el grado de gravedad, y permitiendo distinguir desde luego estos hechos de las meningitis benignas que hace unos años nada más se denominaban meningismo ó pseudo-meningitis.

Es mi intención ocupar por un momento la atención de esta Academia, para dar el escaso resultado de mi experiencia acerca

de los modernos puntos que acabo de señalar, y cuya ventaja se comprende desde el momento en que se recuerde que el líquido céfalo-raquídeo está contenido en la cavidad de las meninges craneanas y raquidianas, comunicadas libremente de arriba abajo; así es que, los caracteres del líquido estudiado al puncionar el raquis son los correspondientes al que baña el cerebro.

No creo del caso señalar las reglas que deben obsequiarse para extraer por la punción lumbar el líquido céfalo-raquídeo, puesto que tan sencilla manipulación se ha vuelto hoy de práctica habitual. Si asentaré desde luego que cuando se extrae este líquido, con la mira de estudiar las meningitis, debe uno atender á la presión bajo la cual se escurre, lo cual mide clínicamente la tensión.

Si se recuerda que dicho líquido se escurre en personas normales, gota tras de gota en rápida sucesión, ó cuando más babeando en lento chorro, se comprenderá cuán aparente es la diferencia al brotar un chorro que forma amplia curva desde la aguja á la probeta en que se recoge, más todavía, si la precipitación del líquido es bastante rápida. Es conocimiento que nada tiene de extraordinario el pensar que, mientras mayor sea su presión interior, será lanzado con más fuerza. En su grado más amplio he visto este aumento de tensión en un caso de meningitis tuberculosa. La presión un poco menor, corresponde á las meningitis agudas. En dos casos que yo he puncionado, la curva fué menos amplia que la que ví en la tuberculosa, y el líquido se precipitó con menor abundancia.

Todos los autores están de acuerdo en aceptar la cifra de 8,000 milímetros como tipo de tensión en las meningitis tuberculosas, y 150 como tipo para las agudas. Ya se ve cuán importante es el dato de la presión del líquido céfalo-raquídeo, puesto que separa por sí sólo la meningitis tuberculosa *siempre mortal*, de las otras formas de meningitis *que no siempre lo son*. La manera que llevo indicada para estimar la tensión, no es del todo exacta, pero tampoco lo es la usada por los europeos, quienes miden en milímetros de mercurio esa tensión; porque el uso de los manómetros del caso es muy difícil y sujeto á causas de error, v. gr., accesos de tos del enfermo en el momento de la extracción del líquido, cambio de posición de él en una manipulación que siempre es prolongada. El cambio de calibre de la

aguja usada en cada punción, etc. Yo pude ver estas dificultades en las hábiles manos del Sr. Dr. Sicard, Jefe de Clínica de La Salpetriere, uno de los especialistas que más estudian el líquido céfalo-raquídeo, por lo cual uso el sencillo medio indicado.

El mismo Sr. Sicard, daba gran importancia á la coloración del líquido extraído á lo cual se denomina Cromodiagnóstico. Bien se reuerda que el líquido en estudio es limpio y transparente como el agua destilada más pura, cambiando en la meningitis al turbio más ó menos marcado, llegando á veces, según pude ver en París al lado del mismo clínico citado, y ratificar en México, al color enteramente purulento ó al sanguíneo.

El método crioscópico también se ha empleado por el autor ya dicho, fundando su uso en el conocimiento dado por Rault, y que consiste en medir la concentración celular de los líquidos orgánicos, estudiando su punto de congelación toda vez que el mismo Rault ha demostrado que el grado de congelación es tanto más bajo cuanto mayor es la concentración molecular de un líquido, y cómo la tensión osmótica del mismo líquido es proporcional á dicha concentración molecular, resulta que, conocido el grado de congelación se conocerá la tensión osmótica, esto es la fuerza de expansión de las moléculas sólidas que contiene el líquido en estudio. Hoy se conoce también que los líquidos céfalo-raquídeos tienen moléculas sólidas en distinta cantidad en las diversas clases de meningitis, por lo cual tiene gran interés estudiar la crioscopía de este líquido. Por mi parte no he tenido oportunidad de emplear este medio de examen, acerca del cual no se tienen aún datos fijos, puesto que apenas podemos inducir de los trabajos de Sicard, números que son menores para líquidos céfalo-raquídeos de las meningitis que para el normal y esos números no son aceptados por otros autores.

Igualmente se ha ocurrido al examen químico del líquido céfalo-raquídeo desde el punto de vista de su cantidad de cloruro de sodio y de albúmina, habiéndose obtenido en dichos exámenes una gran proporción de albúmina con relación á la del estado normal. Uno ó dos por mil en las meningitis tuberculosas, 5 á 15 por mil en otras meningitis agudas. En los tres casos que yo examiné obtuve 9 gramos por mil en la meningitis tuberculosa, y 6 por mil en una de las agudas no tuberculosas, y 5

por mil en la otra, lo cual corrobora el referido aumento en las tuberculosas. Para la dosificación de la albúmina me he servido del procedimiento de Esbach, que da, como se sabe, resultados clínicamente aceptables.

El citado diagnóstico es actualmente uno de los medios de diagnóstico verdaderamente útiles, consiste en el caso, como bien se sabe, en comparar los cuerpos obtenidos por centrifugación en los líquidos de las meningitis con los que se obtiene en el líquido céfalo-raquídeo normal, sabiendo que en éste los cuerpos son casi nulos. En cambio en las meningitis bacterianas predominan marcadamente los cuerpos polinucleares, en tanto que en la tuberculosa hay predominancia de los linfocitos.

Es casi inútil decir que en los tres casos de mi escasa observación he corroborado estos hechos.

Tan importante procedimiento de examen debe hoy tenerse constantemente en uso, porque permite determinar el grado de un padecimiento meníngeo de una manera casi segura, dejando de manifiesto especialmente si es aguda ó crónica la meningitis con la linfocitosis ó la polinucleosis respectivamente. No tengo experiencia acerca de otro de los nuevos métodos usados en el estudio de las mismas enfermedades, quiero referirme á la permeabilidad de las membranas meníngeas al yoduro de potasio. Se asegura que en el estado normal no se encuentra esta sal en el hombre que toma la droga, en tanto que sí se declara en quien padece meningitis tuberculosa y no existe en el que sufre meningitis de otra causa. En caso de que la ulterior experiencia compruebe el dato, me parece conveniente ocurrir á él en la práctica, porque de los medios referidos no todos están al alcance del médico que milita en la práctica diaria, como luego lo haré ver.

Este inconveniente lo encuentro también al examen bacteriológico del mismo líquido; éste necesita los procedimientos más difíciles de laboratorio, hasta las inoculaciones en animales, con la circunstancia de ser muy pobre en resultados, porque el líquido céfalo-raquídeo es muy mal medio para el desarrollo de las bacterias.

En resumen, de los nuevos medios de diagnóstico creo deben ejecutarse constantemente y por todos los prácticos los siguientes: presión, densidad, cromo-diagnóstico, dosificación de albú-

mina y permeabilidad meníngea. Estos dan magnífica luz, como lo llevo expuesto, acerca de la variedad de meningitis ante la cual el médico se encuentra. También se ejecutará la citología por todo el que tenga alguna práctica microscópica. Respecto á la criscopía demanda más tiempo, y como la citología, requiere los aparatos y la práctica especial; y en cuanto al examen bacteriológico, se reservará para ser ejecutado en los laboratorios *ad hoc* si ello es posible.

Al conceder la importancia que doy á estos medios cuya vulgarización desearía ver en la práctica, no la quito ni por un momento á los datos clínicos que de años atrás nos han dado el diagnóstico de la meningitis, y hasta el de sus grandes variedades, antes bien, continúo creyendo que éstos tienen el primer lugar, y que los datos modernos unidos á ellos hacen más seguro nuestro modo de ver.

* * *

He aquí la importante historia de un niño meningítico que se presentó en mi servicio del Hospital General el día 22 de Noviembre próximo pasado, y acerca del cual tengo, aunque á posteriori, algunos antecedentes de interés, merced á que fueron tomados á la familia del paciente por mi inteligente practicante el Sr. Ricardo Alduvín.

Averiguó que el padre de este niño había muerto, 2 meses antes, de tuberculosis pulmonar, diagnosticada por un facultativo; supo también que en la primera infancia, el enfermito que se llama Ildefonso Aguas y tiene 10 años, había sufrido de ganglios en el cuello, supurándose uno de ellos. Igualmente pudo cerciorarse de que este niño, 11 días antes de su ingreso al hospital, había tenido punzadas vivísimas en el oído del lado izquierdo, calentura, excitación general é insomnio. Pasados 5 días se observó que le supuraba el oído indicado y que el niño acusaba marcado alivio. Así duró 3 días, después de los cuales le vino nuevamente fiebre, excitación y dolor muy fuerte en la cabeza, y como el niño no quería pasar los alimentos y lo notaban muy malo, resolvieron llevarlo al hospital. Todo esto lo acabo de saber, cómo decía, en los últimos días, pues al momento de presentármeme el caso en el servicio, únicamente se me dijo,

se trataba de un niño que no respondía á las preguntas y que lanzaba gritos de cuando en cuando.

Al acercarme á su lecho noté al enfermito encogido, acostado sobre su lado izquierdo, con los ojos cerrados, tratando de cubrírselos con el brazo izquierdo. Nada contestó á mis preguntas. Pude ver igualmente que había un líquido purulento escurriendo del oído derecho. La región mastoidea correspondiente, engrosada y muy dolorosa á la presión. Habiendo destapado al enfermito, ví además que su miembro inferior izquierdo se encontraba en semiflexión todo él, lo mismo que el miembro superior de ese lado. En cambio los derechos se hallaban en extensión. Había algunas flictenas en las caras de extensión de las articulaciones de las rodillas y codos. La abertura de sus párpados era difícil, porque la evitaba moviendo la cabeza; pero una vez lograda se veían las pupilas muy contraídas y no obedientes á la luz. Al intentar mover los miembros, el niño lanza gritos inarticulados y bien agudos, lo mismo que cuando se le abrían los párpados.

Colocado en el decúbito dorsal, mantiene la posición descrita á sus miembros. Levantando éstos de la cama, caen más pesadamente los derechos que los izquierdos, y dejaré aquí asentado de una vez que los derechos se notaban muy fríos, cosa que no existía en los izquierdos. Ningun movimiento al mando lograba ejecutar; en cambio todos los comunicados existen, únicamente que cuando se flexionan los miembros inferiores intentando sentar al enfermo, quedan estos miembros en un corto grado de flexión de las piernas sobre los muslos, siendo imposible la extensión (signo de Kernig). Los contactos, las temperaturas y el dolor al explorar moderadamente con un alfiler, únicamente daban contracciones de los miembros izquierdos y algunos gritos del paciente. Los reflejos superficiales que se buscaron: abdominal, cremasterino, plantar y glúteo no se manifestaron; los tendinosos estaban muy poco marcados, pues apenas si se percibían. A pesar de que el signo de Trousseau ha perdido hoy la importancia que le concedió su autor, tracé con mi uña sobre el tórax y vientre una raya que se marcó muy bien, persistiendo, la cual acusaba la parálisis de los vaso-dilatadores.

El abdomen estaba algo excavado, sin llegar á la batea clásica de la meningitis. El pulso era de 110 en un minuto. La

temperatura de 38.5. Había en su respiración el signo descrito por Simon, á saber, la disociación de la respiración torácica y la diafragmática. Ningún otro signo era posible observar en mi enfermito, aparte de que la señorita enfermera me comunicó que el niño vomitaba con frecuencia un líquido verdoso, y que no había evacuado; dijo también que había estado muy inquieto durante la noche, creyendo ella que nada había dormido el enfermo.

En vista de aquel cuadro, señores, no tengo inconveniente en declarar ante Uds. el diagnóstico que formulé: "Meningitis aguda, consecutiva á una otitis media." En efecto, los síntomas de excitación cerebral tan manifiestos, la fotofobia, la parálisis derecha y la contractura izquierda, el signo de Kernig, el de Simon, el de Rousseau, que mencioné, la frecuencia del pulso, la fiebre, los vómitos, la supuración aparente del oído derecho, no me daban lugar á duda. Quedaban para mí pendientes, algunos hechos relativos á precisar el diagnóstico, tales son los que suministra el examen completo del líquido céfalo-raquídeo y el examen bacteriológico del pus, para poder decir con plena certeza si era, como yo lo suponía, una meningitis aguda producida por los gérmenes de la supuración de la oreja media ó si se mezclaba el bacilus de Koch, por más que, vuelvo á repetir, los datos clínicos eliminaban en este hecho la meningitis crónica tuberculosa. No dediqué mi tiempo á examinar estos hechos porque urgía, á mi juicio, tratar quirúrgicamente este caso, y temí que en informes y trámites para obtener esos estudios y otros detalles, se perdiera un tiempo que yo juzgaba precioso para la vida de mi enfermito. Comunicué á la Dirección de aquel hospital mi diagnóstico, solicitando el pase del enfermo á la sección de oto-rino-laringología y ordenando la prescripción siguiente: hielo á la cabeza permanentemente,—lavativa purgante—y un centigramo de calomel á dosis refracta.

El día 23 de Noviembre encontré el mismo cuadro en mi enfermito y comuniqué su gravedad, deplorando no haber previsto que aún lo encontraría en mi sala para haber dispuesto los estudios que tenía yo pendientes.

Con todo, el día 24 pasó al Pabellón núm. 9, al servicio de mi finó amigo el Sr. Dr. Tapia Fernández, ocupando la cama núm. 6. Dejo la palabra á mi entendido compañero en una co-

municación que se propone presentar á la Sociedad de Medicina Interna, y de la cual se sirvió darme copia. En la parte que me interesa dice así: "Hasta el siguiente día me fué dado verlo, es decir, el 25, acurrucado en el decúbito lateral izquierdo, completamente demacrado, en un grito constante que redobló al descubrirle la cabeza que ocultaba bajo sus sábanas, acusando intensa fotofobia, sus pupilas estaban puntiformes é iguales. El miembro inferior izquierdo en extensión, y el derecho en flexión, observándose en éste algunos movimientos convulsivos clónicos. Hiperestesia dolorosa, generalizada, de manera que al simple contacto de la piel en cualquiera parte del cuerpo, le hacía redoblar su constante grito, llegando al paroxismo cuando se trató de explorar el oído derecho y las regiones mastoidea y temporal del mismo lado; del conducto auditivo escurría un pus flúido, blanco amarillento. En el lado izquierdo la hiperestesia no era mayor que en el resto de la cabeza, su pulso era casi filiforme y frecuente, contándose 130 por minuto, su respiración frecuente, poco regular, su temperatura $36^{\circ}4$, y fué informado de que durante su estancia en el Hospital no se le había observado más alta.

"No proseguí la exploración por el intenso sufrimiento á que hubiera dado lugar, y que consideré en detrimento de esta vida que parecía perdida irremisiblemente. Hice mi diagnóstico semejante al de nuestro estimado compañero y amigo el Sr. Dr. Loaeza y en seguida mandé conducir al enfermo al anfiteatro de operaciones."

"Ya cloroformizado y después de haberle rasurado la piel de la cabellera observamos que bien circunscritos existían dos abscesos de vértice acuminado, uno del tamaño de una avellana grande, y otro mucho menor. Con el termocauterio los abrí y cautericé su cavidad; pero estos abscesos me hicieron pensar en la posibilidad de que hubiera una trombosis del seno lateral."

El Sr. Dr. Juan Sánchez, también uno de nuestros consocios muy estimados, me hizo favor de ayudarme en esta operación, principiando por hacer la punción intra-raquídea, la cual dió lugar al líquido céfalo-raquídeo límpido, aun cuando no en modo absoluto, pues me pareció muy levemente opalino. En seguida procedimos á la trepanación mastoidea, por la que descubrimos

el antro y algunas grandes celdillas (neumáticas) mastoideas propiamente dichas, llenas de pus y fungosidades, que fueron raspadas con la cucharilla, tanto por lo observado en el examen por el conducto auditivo, como por el hecho de que no obstante la corta edad del niño, el tejido huesoso abajo de la capa cortical era ebúrneo, y todas las celdas, llenas de fungosidades, comprendimos que era crónico el proceso de la osteitis y que el ádito y la caja timpánica estarían en las mismas condiciones; por lo tanto resequé las paredes externas del ádito y del ático á la vez que desprendí el canal cartilaginoso del conducto. De esta manera pudimos ver perfectamente que era justa nuestra previsión. Raspamos con mucho cuidado las fungosidades, haciendo á la vez la extracción del yunque y del martillo, que estaban cariados.”

“Hecho esto, aseamos y procuramos desinfectar lo más posible el campo operatorio y en seguida, desprendiendo capas huesosas á partir de la pared posterior del antro, con una gubia y un cincel de Schwabe procedimos á la exploración del seno lateral.”

Seguimos con la investigación del seno lateral, el cual fué desnudado en extensión suficiente para darnos cuenta de que no estaba trombisado. A continuación hice la trepanación de la fosa cerebral media desprendiendo el tegmen-timpani, dejando á descubierto la dura madre, violácea, notoriamente congestionada, la incidí, y con una cánula ligeramente curva y bien roma que introduje á través de la incisión, lavé con suero quirúrgico perfectamente esterilizado la parte accesible del espacio sub-dural. Canalizamos debidamente la brecha operatoria, se aplicó curación aséptica y terminamos con aplicarle una inyección sub-cutánea de suero quirúrgico.

La operación se efectuó sin accidente ninguno, salvo, alguna vez, la cuasi desaparición del pulso por lo que se le inyectó cafeína y pequeña dosis de estrienina.

La prescripción para el resto del día fué: inyecciones de suero quirúrgico y en caso necesario también de esparteína.”

Hasta aquí el Sr. Dr. Tapia Fernández.

"HOSPITAL GENERAL.
GABINETE DE
BACTERIOLOGÍA.

Tuve el gusto de recoger del Sr. Dr. del Bosque, Bacteriólogo del hospital, los siguientes datos:

En el examen citológico y bacteriológico, que en este Gabinete se practicó, del *Líquido céfalo-raquídeo*, del enfermo Ildelfonso Aguas, que ocupa la cama núm. 6 del Pabellón 9, encontré: Líquido claro, transparente, con opacidad apenas perceptible á la luz oblicua.

Examen microscópico (citodiagnosís), después de la contrifugación:—Coloración á la eosina-hematoxilina: Linfositosis muy marcada, con predominancia de medianos mononucleares, *ochenta por ciento*, sobre los pequeños mononucleares; escasos polinucleares, *menos de un diez por ciento*, sobre el total de los anteriores; celdillas endoteliales casi normales.

Examen bacterioscópico, método de Gram y método de Ziel-Nelssen: *Streptococos que toman el Gram*, no encontré B. de Koch.

CONCLUSIONES: la linfositosis representa en la citología del líquido céfalo-raquídeo, el testimonio de una reacción, que no necesita la intervención de un agente de defensa tan poderoso, como lo es la polinucleosis."

Como se ve cito-diagnósticamente este examen, corresponde á meningitis tuberculosa y bacterioscópicamente no. Por fortuna el alivio del niño demuestra que este examen no corresponde á los de otros bacteriólogos.

Por mi parte réstame declarar que en estos momentos el enfermo se encuentra en completo alivio, así lo evidencié hace unos días que ví al enfermo, acompañado de algunos señores estudiantes de medicina. Ellos pudieron demostrar conmigo que, la inteligencia del muchacho está cabal, que todas sus funciones vegetativas se hacen normalmente, tan sólo le queda como recuerdo de su gravísimo padecimiento una hemiparesia derecha, de la cual va mejorando paulatinamente. No hay contractura en sus miembros paresiados; pero todos los movimientos son posibles en el miembro superior, en el inferior no logra la flexión voluntaria, sí la extensión, aunque torpe. La fuerza muy disminuida en ambos lados. La sensibilidad absolutamente normal. Los reflejos superficiales lo están igualmente, úni-

camente el plantar derecho falta aún. Existen bien marcados los tendinosos de la rótula, el del tendón de Aquiles, y los de los miembros superiores. La marcha *segando* no es demasiado torpe, y ya se logra que el niño la efectúe sin bastón. La cara apenas marca una ligera desviación de la comisura labial izquierda hacia ese lado. Los ojos son normales en todos sus movimientos. Las pupilas de tamaño habitual son iguales y activas á la luz y á la distancia. En suma, recobrada la vida, la salud, ha ido ganando también, y según los datos brevemente descritos puede colegirse se recobrará totalmente.

Este caso deja á mi juicio esta enseñanza evidente: que una meningitis aguda consecutiva á otitis, diagnosticada con oportunidad, y tratada por la cirugía hábilmente dirigida, cura casos, que hace muy poco tiempo hubiéramos calificado de irremisiblemente mortales. Por tanto, creo que para hechos de este género quedan médico y cirujano, colocados en circunstancias muy análogas á las que se les ofrecen en las apendicitis es, á saber: obligación del médico de hacer un diagnóstico seguro y pronto, así como indicar el momento oportuno de la intervención, quedando al cirujano la apreciación del buen diagnóstico, así como la de la oportunidad operatoria, más la obligación de ejecutar hábil, rápida y asépticamente la operación del caso.

Ahora bien, contrayéndome á la parte médica pregunto: ¿puede cumplirse el desideratum propuesto? Creo que sí, justamente á comprobarlo viene la primera y segunda parte de este humilde escrito. Esta última patentiza que los datos clínicos pueden hacer el diagnóstico oportuno de una meningitis; y la primera quiere vulgarizar los datos modernos para asegurar el mismo diagnóstico. Todos unidos, las más veces harán que el internista cumpla su papel fielmente, con oportunidad y con conciencia. Además, ocurre desde luego como posible el empleo en otras meningitis agudas del tratamiento quirúrgico para lograr las curaciones, asunto que puede quedar á la orden del día para los cirujanos. Por último, el caso relatado y otros á que me referí sin detallarlos por no fatigar más vuestra venébola atención, y que pertenecen á mi práctica civil; los cuales en los hechos de meningitis no tuberculosas tienden á demostrar cuando curan, como curaron los míos, que es erróneo el

juicio que por ahí corre de boca en boca expresado más ó menos así: *toda meningitis es irremisiblemente mortal*. Hoy por hoy y después de lo dicho me creo con derecho para dejar asentada una afirmación en cierto modo contraria: *hay muchas meningitis que curan con absoluta seguridad*.

México, Diciembre 30 de 1908.

DR. LOAEZA.