

cialmente caracterizado por el hecho que los puntos del cristalino situados en el plano ecuatorial se desalojan por la acomodación en dirección axípeta, tanto más, cuanto que están más cerca del eje; en seguida que los puntos de fijación de la zónula a la cara anterior del cristalino se mueven en dirección axípeta en la acomodación y por último, en que el desalojamiento de las porciones del cristalino tiene lugar a lo largo de diversos rayos en número diverso.»

Los cálculos e investigaciones de Gullstrand no contradicen la teoría de la acomodación de Helmholtz; al contrario, la robustecen. Los puntos de inserción de la zónula deben de aproximarse al eje durante la acomodación. El mecanismo de la acomodación intracapsular conduce a esta forzosa conclusión: que el mecanismo de la acomodación extracapsular debe de consistir en una disminución de la tensión de la zónula. Tal fué la concepción de Helmholtz sobre el mecanismo de la acomodación extracapsular; pero ha sido atacada tan rudamente, dice Gullstrand que no es de desdeñarse la nueva demostración que de su necesidad matemática dá el mecanismo intracapsular, aun cuando ya Hess, de Würzburg, haya demostrado experimentalmente, de un modo perentorio, la exactitud de las especulaciones de Helmholtz.

Los trabajos del profesor. Gullstrand son de tal importancia que han valido a su autor el premio Nobel (1912).

México, 8 de enero de 1919.

A. CHACÓN.

La Glositis Exfoliante Marginada.

DR. RICARDO E. CICERO.

A principios de mayo del año próximo pasado me fué enviada por nuestros estimables colegas de Puebla, doctores Francisco Bello y Juan Quintana, una señora enferma de un padecimiento singular de la lengua, acerca del cual solicitaban mi opinión.

Dicho padecimiento databa en aquel entonces de seis meses y consistía en placas, que se han venido presentando por brotes sucesivos, en los bordes de la lengua, sin extenderse casi a su dorso ni a su cara inferior. Las que presentaba, cuando yo la examiné, eran de figura irregularmente elíptica, con su eje mayor sensiblemente en la dirección del de la lengua. Había tres placas del lado derecho, dos del lado izquierdo y una exactamente en la punta del órgano; esta última

era casi enteramente redonda con un diámetro como de 5 milímetros; en la más grande la mayor dimensión llegaba como a 15 milímetros. La superficie de estas placas era lisa, rosada, desprovista de papilas y limitada por bordes blanquizcos, ligeramente salientes, bien marcados del lado de la concavidad y en declive muy suave, confundíendose, insensiblemente, con las partes sanas, del lado de la convexidad.

Según refiere la paciente, desde que por primera vez aparecieron las placas, su duración ha sido sólo de unos cuantos días; pero han sido reemplazadas luego por otras, bien en los mismos sitios o en otros circunvecinos, de tal suerte que nunca ha llegado a desaparecer el mal por completo. Estas lesiones han evolucionado en general sin dolores, salvo en una época en que parecía haberse extendido la enfermedad a las encías, pero esto coincidió con un tratamiento por inyecciones hidrargíricas y cesó con la suspensión de dicho medicamento, el cual por lo demás no ejerció influencia curativa sobre el padecimiento lingual.

Cuando la enfermedad principió se pensó por los facultativos que la atendían que pudiera ser de origen dentario en vista de su localización en los bordes; pero puesta en manos de un dentista, no encontró éste ninguna aspereza que traumatizara la lengua, y por otra parte no hacía mucho tiempo que el mismo dentista había practicado a la paciente algunas obturaciones en sus muelas y entonces no había principiado el padecimiento de la lengua.

La paciente es una señora de 35 años, casada, de constitución débil, algo pálida y con ligero tinte subictérico. Es dispéptica de tiempo atrás. Se casó a la edad de 23 años y ha tenido 5 embarazos, de los que el segundo y el tercero terminaron por aborto. Aun cuando no ha habido signos de sífilis y el marido, que es muy robusto, asegura no haber padecido tampoco de esa enfermedad, se le puso en el curso del tercer mes del 4º embarazo una inyección de corta dosis de 606 a la madre, llegando a término ese embarazo, siendo el producto un niño perfectamente normal, al que la madre dió el pecho durante siete meses, suspendiéndolo entonces porque la paciente comenzó a tener accesos de fiebre vespéral con elevaciones de sólo 37° 5 y sin causa aparente, por lo que la trajo entonces su esposo a México a consultar con varios facultativos sin que se llegara a determinar la causa de la fiebre, practicándose entonces un examen radioscópico de los pulmones en los que no se encontró nada anormal y una reacción de Wassermann, que resultó negativa. Parece, según dijo el esposo, que se trató de algún padecimiento hepático, porque el mal cedió a un tratamiento dirigido en ese sentido. El último niño nació sano hace tres años sin intervención terapéutica durante el embarazo y es perfectamente normal. Dos veces ha padecido flebitis la señora: en el curso del 2º embarazo y después del último parto. Ha padecido pleuresía en dos ocasiones. Tiene una insuficiencia mitral, bien compensada cuando yo la ví. Ha habido varios cardíacos en su familia.

Durante su corta permanencia en la capital, cuando me consultó, le fueron practicadas, por el eminente bacteriólogo doctor Pe-

rrín, la reacción de Wassermann y la cuti-reacción de Moro, habiendo dado ambas resultado negativo.

Mi diagnóstico fué: GLOSITIS EXFOLIANTE MARGINADA, y como se trata de una afección poco conocida del público médico, en general y puede dar lugar a errores diagnósticos de importancia, he creído oportuno llenar mi turno reglamentario con un suscinto estudio de ella.

*
* *

Sinonimia.—Ha sido descrita esta enfermedad con denominaciones excesivamente variadas de las que enumeraré solamente las que no sugieren ideas erróneas tendentes a crear confusiones con otras enfermedades. Ha sido llamada *lengua geográfica* por Bergeron y Archambault, *estado atigrado de la lengua* por Bridou, *circulus annulus migrans* por Barker, *placas fugitivas benignas de la lengua* por Caspary, *exfoliación en áreas de la lengua* por Unna, *descamación lingual* por Comby, *descamación epitelial de la lengua* por Gautier, *erupción circinada de la lengua* por Colcott-Fox, *descamación aberrante en áreas de la lengua* por Bénard, *descamación marginada aberrante de la lengua* por Brocq, *glositis areata crónica* por Calderone, *glositis epitelial descamativa marginada* por de Molénes. La denominación que he preferido porque resume los principales caracteres de la enfermedad, es de Fournier y Lemonnier.

Sintomatología.—Recordaré, ante todo, que en dermatología se dice que son *marginadas* las afecciones constituídas por placas en que las lesiones se acentúan sobre todo en los bordes, los cuales son por lo tanto salientes y forman un ribete muy visible. Resumiendo la descripción de diversos autores se encuentra que este es el carácter esencial de la enfermedad en que me ocupo.

Está constituída, en efecto, por placas de dimensiones variables, situadas preferente o casi exclusivamente en los bordes o en la punta de la lengua, de donde pueden extenderse más o menos hacia el dorso llegando, en raras ocasiones, hasta la línea media, o un poco más allá. Es menos frecuente que se extiendan a la cara inferior. Principian por manchas grises, pequeñas, ligeramente salientes, que se extienden rápidamente, a veces en unas cuantas horas, percibiéndose entonces el color blanco ceniciento solamente en los bordes, que sobresalen siempre, siendo más perceptible este fenómeno a la vista que al tacto; forman concavidades acantiladas del lado de la lesión y miran por consiguiente hacia los bordes o la punta de la lengua; del lado de la convexidad se desvanecen insensiblemente en la mucosa sana. En las áreas circunscritas por esos bordes, la lengua se presenta seca, un poco más roja que las partes sanas, lisa, descamada, pero no exoriada, ni mucho menos ulcerada, despojada de las papilas filiformes, lo que hace que las fungiformes resalten más. Las dimensiones de las placas son muy variables. Su forma es en general arredondada o elíptica; pero al crecer se hacen irregularmente confluen-

tes y adquieren formas irregulares que recuerdan los contornos de las tierras en los mapas, de donde ha venido la designación de *lengua geográfica*.

El aspecto de las lesiones puede variar algo con el de la lengua en general. Si ésta está saburrosa, se marca más el fondo rojo y algo deprimido y se esfuma el color blanco de los bordes. Si se desarrolla en una lengua en que naturalmente están exagerados los pliegues propios del órgano (lo que cuando existe en grado sumo es conocido con el nombre de *lengua escrotal* o *montañosa*) o si hay hipertrofia papilar, estas circunstancias imprimen las correspondientes modificaciones de aspecto.

La duración de cada placa es variable, por lo común de sólo unos cuantos días; pero una vez comenzada la enfermedad la sucesión de las lesiones es indefinida, por meses o por años, y esta renovación constante hace que el aspecto de la lengua varíe mucho, a veces de un día al siguiente, de tal suerte que si en un primer examen se localiza bien la forma y dimensiones de las placas, en otro subsecuente se pueden hallar completamente sanos los lugares enfermos y afectados en cambio otros que antes estaban sanos, variando también las dimensiones de las que persisten; pueden también hacerse discretas lesiones que eran confluentes y recíprocamente; pueden también las nuevas lesiones aparecer en el interior de otras y verse así una sucesión de dos o tres bordes, más o menos concéntricos.

Estas lesiones no dan lugar a síntomas objetivos sino en casos excepcionales, en que puede haber dolores espontáneos (*glosodinia exfoliatrix* de Kaposi) o por irritaciones artificiales alimenticias o medicamentosas.

Se han descrito algunas variedades según el grado de desarrollo de los bordes, que pueden ser casi imperceptibles o muy acentuados, y según que el carácter errante de las lesiones esté poco marcado, de modo que parezcan fijas. La única variedad que merece una mención especial es la descrita por Guinon, constituida por una lesión única, fija, que ocupa la línea media del dorso de la lengua y cuyos bordes son difusos.

Ya dije antes que la duración total del padecimiento es siempre larga, pudiéndose contar hasta por años. Después de esa duración indeterminada acaba por desaparecer espontáneamente y en los niños es habitual que así termine a la edad de 5 o 6 años. Nunca se la ha visto sufrir la transformación epiteliomatosa, de suerte que añadido esto a la ausencia de síntomas subjetivos, resulta que el pronóstico carece en absoluto de gravedad.

Anatomía patológica.—Según Bénard no se encuentran en el epitelio más que las lesiones inflamatorias que habitualmente preceden a toda descamación, persistiendo constantemente en las partes descamadas una ligera capa epitelial. Las lesiones de la dermis son insignificantes. Por la raspa se pueden hallar innúmeros parásitos; pero todos de los que habitualmente se encuentran en la boca y ninguno especial al que pudiera atribuirse la causa de la enfermedad.

Naturaleza de la enfermedad.—El aspecto circinado de las lesiones y su progresión excéntrica han hecho pensar que sea de origen microfítico; pero ya queda dicho que no ha sido dable demostrarlo.

Parrot la atribuía a la sífilis hereditaria y hasta le había dado el nombre de «sífilide descamativa de la lengua»; pero hoy nadie admite esta opinión, porque en muchos enfermos no se encuentran signos ni estigmas de sífilis y hasta se han citado casos de contraerse ésta por enfermos afectados de la glositis.

También ha sido desechada la opinión de Besnier, que la consideraba como eczematosa y hasta la llamó «eczema en áreas de la lengua». Aparte de que jamás se encuentra en las lesiones la menor vesiculación eczemática, es habitual que la enfermedad radique exclusivamente en la lengua, sin haber lesiones en ninguna parte de la piel y por lo demás, el eczema de las mucosas es siempre difuso y doloroso.

Unna consideraba a la enfermedad como trofoneurosis, opinión insostenible.

En resumen, se ignora hasta hoy la patogénesis de la enfermedad y la hipótesis más plausible, aunque no demostrada, es la enunciada en primer lugar.

Etiología.—Es enfermedad sobre todo de la infancia; pero no exclusiva de ella. Su mayor frecuencia es de los 6 meses a los 2 años, lo que ha hecho que algunos autores la crean relacionada con la dentición; pero en muchos casos se presenta en niños mayorcitos y ya antes señalé cómo podía durar hasta los 5 ó 6 años para desaparecer entonces espontáneamente. Por otra parte existe también en los adultos, como en el caso que ha motivado este trabajo.

Es más común en el sexo femenino, tanto en la infancia como en la edad adulta.

Se han citado casos de herencia, en especial cuando hay al mismo tiempo algunas deformidades linguales (lengua agrietada, lengua escrotal).

Todos los estados de debilidad orgánica, y entre ellos la sífilis adquirida o hereditaria (lo que indujo a Parrot al error) el raquitismo la escrófulo-tuberculosis, el artritis, la anemia, la histeria, han sido señalados como causas predisponentes. Pero las que parecen tener mayor influencia son las afecciones de las vías digestivas. Según Moeller y Gautier, los gusanos intestinales pueden causarla. Según Lemonier, los trastornos nerviosos y la menstruación pueden influir en su evolución. Guinon declara que las enfermedades febriles generales pueden determinar su desaparición.

Diagnóstico.—Se hace por los caracteres objetivos tan especiales y por la ausencia de síntomas subjetivos y, muy especialmente, por la evolución tan particular, por los cambios espontáneos de las lesiones de un día a otro.

Entre las afecciones de que hay que distinguirla citaré primeramente las placas mucosas sifilíticas. Por la importancia de este diagnóstico y la perfección con que lo ha tratado, con su maestría acostumbrada, el sabio profesor Fournier, no puedo menos que transcri-

bir literalmente la descripción que hace en su *Tratado de la sífilis*. (1). Dice así:

Glositis exfoliante marginada:—«La singular afección que he bautizado de esta manera, y que ha sido perfectamente descrita por uno de mis discípulos, el doctor Lemonier, es también un tipo eminentemente *sifiloide*. Está hecha maravillosamente para simular la sífilides, tanto por su aspecto general como por su circinación constante. Por esto se la ha dejado englobada durante mucho tiempo en el cuadro de la sífilis con los nombres de sífilide circinada, sífilide descamativa de la lengua, etc. Por lo demás, aunque muy poco conocida fuera del reducido campo de los especialistas, se la sigue confundiendo comunmente con las sífilides linguales y se la trata como si lo fuera.

Tres caracteres sin embargo las diferencian de estas últimas, a saber:

I. Ante todo un carácter objetivo que la señala desde luego al primer vistazo, y que le es propio, que hasta diré, es patognomónico. Es la existencia *constante*, en un segmento más o menos extenso de sus plaquitas de un *ribete* que les sirve de marco. Este ribete es triplemente notable:

1º. Por su finura (es muy tenue, mide de un cuarto de milímetro a un milímetro, cuando más);

2º. Por su color blanco o blanco ceniciento, que resalta sobre el tono rojo de las partes periféricas;

3º. Por su trayecto curvilíneo, en forma de C. de segmento de circunferencia, de arco, de círculo, de arcos conjugados, etc.

Este ribete, lo repito, ofrece un aspecto enteramente especial y no se encuentra, que yo sepa, en ninguna otra afección lingual. Es, pues, distintivo por excelencia.

II. Otro carácter, igualmente especial, de la afección consiste en la *movilidad* de sus elementos eruptivos, que positivamente se desalojan, caminan, se dirigen de un distrito a otro de la lengua. Si no de un día a otro, cuando menos de una semana a la siguiente estas placas cambian de situación, no menos que de extensión y de forma. A tal punto que primero había yo clasificado esta afección con el nombre de *glositis ambulante o nómade*. Inútil es decir que nada semejante se observa en las sífilides.

III. Finalmente, la afección está constituida por lesiones muy manifiestamente diferentes de las verdaderas sífilides en que el mercurio jamás ejerce sobre ellas la menor influencia modificadora.»

Las *leucokeratosis* difieren completamente de las placas de la glositis exfoliante marginada. Son esencialmente fijas y de aspecto porcelánico en toda su extensión. Pueden, además, sufrir la transformación epiteliomatosa.

El *liquen plano* puede alguna vez localizarse exclusivamente

(1). A. Fournier. — *Traité de la Syphilis*. — Paris. — 1904. — Tomo I, pág. 501.

en la lengua. Forma entonces listas y placas blancas muy persistentes que nunca circunscriben superficies descamadas.

El *algodoncillo* forma sobre la superficie de la lengua copos blancos muy fáciles de desprender.

En los *caquéticos* y en los *convalecientes* puede presentarse la lengua lisa y despapilada; pero no existen lesiones marginadas ni movedizas.

Las *glositis dentarias* están siempre acompañadas de hinchazón y excoiaciones dolorosas; además se imprimen en los bordes de la lengua las huellas de las muelas y de los dientes.

Ya quedaron señalados anteriormente los caracteres del eczema de las mucosas.

Hay que saber que la *antipirina* y la *salipirina* pueden producir, en algunas personas, placas lisas de la lengua; pero no tienen éstas los caracteres especiales de la glositis marginada y además están íntimamente relacionadas con la ingestión del medicamento, el que en caso de duda podrá ser administrado en pequeña dosis experimentalmente. Estas glositis además se acompañan de gran salivación y casi siempre de producciones vesiculosas y además son dolorosas.

Tratamiento.—Hasta ahora no se ha encontrado ninguno que sea verdaderamente eficaz. La base tendrá que ser el viejo precepto: *Primum non nocere*. Se combatirán, por de contado, los estados generales y padecimientos de otros órganos que pudieren existir, principalmente los del aparato digestivo. Localmente se prescribirán buches con substancias emolientes o soluciones débiles de clorato de potasio, de tanino, de sulfato de zinc, etc. Besnier recomendaba uniones repetidas varias veces al día con vaselina boricada al 1/40 ó 1/20 adicionada o no de 1/40 de bálsamo del Perú

Unna recomienda la medicación sulfurosa de la siguiente manera: Tres veces por día, después de un aseo muy minucioso de la boca hacer buches con la siguiente preparación:

Agua sulfurosa y agua de menta, <u>c.c.</u>	100	gramos.
Flor de azufre y jarabe simple, <u>c.c.</u>	20	„
Goma.....	2	„

Agítese antes de usarse.

Después de hechos los buches, decantar y con el depósito de azufre que queda, frotar la lengua por medio de un cepillo de dientes muy suave.

Brocq opina que este tratamiento de Unna es demasiado irritante.

Se mencionan como útiles los toques con agua oxigenada y cuando las placas son relativamente fijas; con cáusticos débiles, ni-

trato de plata, ácido crómico, yodo, ácido salicílico, azul de metileno, etcétera.

No he visto señalado el empleo de los rayos X; pero me parece que sería racional su uso teniendo en cuenta que obran esencialmente sobre las celdillas epiteliales.

México, enero 22 de 1919.

RICARDO E. CICERO.

2ª de las Moras, 34.

Tratamiento quirúrgico del mal de Pott por medio de la operación de Albee.

Por el Dr. R. ROJAS LOA.

CON el nombre del mal del Pott, se designa la tuberculosis de las vértebras. En la espina lo mismo que en todos los huesos la tuberculosis afecta el tejido esponjoso, en consecuencia las lesiones se localizan, tratándose del mal de Pott, en los cuerpos vertebrales con excepción del tejido compacto de la periferia; quedan excluidas del proceso las apofisis transversas articulares y espinosas. La marcha del mal de Pott como la de las tuberculosis osteo-articulares en general depende de muchos factores, entre los cuales figuran dos muy principales: la movilidad y la presión mutua de las superficies huesosas. La movilidad, es sin duda, un factor que acelera la evolución de la tuberculosis. La naturaleza en obvio de causa semejante lo primero que hace es inmovilizar la región enferma: por supuesto que esa inmovilización es a veces defectuosa y toca al cirujano corregirla.

El precepto de inmovilización es general, cualesquiera que sea la articulación y su aplicación debe ser inmediata; en otros términos, aceptado el diagnóstico de tuberculosis osteo-articular se debe proceder, acto continuo, a la inmovilización. La columna vertebral, no hace una excepción sino por el contrario, reclama una completa e inmediata inmovilización. La posición en decúbito dorsal que se ordena a los potticos, tiene la mira de limitar los movimientos de la espina; los aparatos, en todas sus variedades, tienen igual objeto, aunque no siempre lo realizan. El segundo factor, es decir, la presión mutua de las superficies huesosas tiene una importancia de primer orden en cuanto a la marcha de las tuberculosis huesosas. En efecto, la presión recíproca y constante de las superficies de los huesos termina por destruirlos, produciendo en las zonas de contacto una pérdida de sustancias que se llama ulceración compresiva. Estos hechos, justifican la aplicación sistemática de un nuevo precepto en el tratamiento de las tuberculosis osteo-articulares, y es la separación de las superficies huesosas. En el mal de Pott, dado que las lesiones radican en los cuerpos vertebrales, el esfuerzo del especialista debe tender a