

tado favorable fué el mismo, los tónicos y reconstituyentes asociados á los que podemos reputar como antisépticos químicos, cuya reunión constituye la manera de tratar el tifo, ha sido el tratamiento de la complicación citada.

La higiene, en cuanto de sus mandatos es posible acatar, ha sido uno de los factores esenciales que han concurrido á la consecución del objeto deseado.

Tengo la firme creencia de que la salud que gozan los citados tíficos, que en su convalecencia se vieron atacados de la bronquitis que he tratado de describir, lo deben al método creado por el citado Sr. Dr. Licéaga, modificando dicho tratamiento algunas veces por necesidades del momento, pero seguido en la mayoría de los casos como su autor lo recomienda.

México, Febrero 28 de 1900

JOSÉ M^a LUGO HIDALGO.



OFTALMOLOGIA

Apuntes sobre un caso de Irido-cicloparesia de origen nuclear.

A fines de Febrero de este año, examinamos en la clínica oftalmológica de la Escuela, á un individuo de 24 años de edad, sastrero de oficio. Su vista, decía él, había sido siempre buena; pero desde hacía pocos días no podía ver bien de cerca, ni leer ni coser y aun de lejos, veía los objetos borrados. Sus pupilas estaban dilatadas y casi inmóviles. Colocado el enfermo á 5 metros de los escalas de Wecker, sólo pudo leer el último renglón con el auxilio de una lente convexa de 1 dioptría; las de mayor ó menor graduación hacían confusa la visión lejana. Con el mismo cristal de +1D: solamente podía leer á 40 centímetros de distancia y de ningún modo más cerca. De este examen pudimos inferir: hipermetropía de una dioptría; agudeza visual normal, amplitud de la acomodación, 2,50 dioptrías. Como á los 24 años, según la tabla de Donders; la amplitud de la acomodación debe ser 8,50D., estaba en el paciente disminuida 6D, y era igual apenas á la de un indi-

viduo normal de 50 años. Había por lo tanto, paresia del músculo de la acomodación y del esfínter iriano. La musculatura externa y los movimientos del globo ocular no estaban afectados. El oftalmoscopio no reveló lesión alguna en el fondo del ojo. Averiguados los antecedentes, los hallé claros de sífilis; el accidente primitivo lo sufrió el enfermo hace 7 años y después aparecieron manifestaciones cutáneas y bucales. La prescribí fricciones mercuriales, yoduro de potasio y en el ojo, instilaciones de eserina, con objeto de excitar al músculo de la acomodación y también de procurar la contracción pupilar.

A fines de Marzo, bajo la influencia de este tratamiento, el enfermo parecía completamente restablecido: sus pupilas, de tamaño normal, se contraían ó dilataban á la acción de la luz ó en la obscuridad. Para ver á lo lejos y para leer no necesitaba anteojos; le recomendé sin embargo que usara el vidrio corrector de su hipermetropía. Debo no obstante advertir que esta mejoría era en parte artificial y producida por la eserina; á los pocos días después de que dejó de usar este miótico, se volvió á dilatar un poco la pupila y á hacerse un tanto dificultosa la visión de cerca; pero el hecho de que esta sustancia hubiera obrado sobre el iris y el músculo ciliar, era un signo pronóstico favorable, asimilable á la reacción eléctrica de los músculos paralizados y este signo no fué en esta ocasión engañoso; á fines de Abril, sin necesidad de eserina, el alivio fué notable y real.

Como se ve, se trató de paresia de músculos innervados por ramas del 3^{er} par. el músculo ciliar y el esfínter iriano. Había de particular que los otros músculos animados también por el óculo-motor común (los rectos, interno, superior é inferior, el pequeño oblicuo y el elevador del párpado) no estaban comprometidos. Para explicarnos este hecho, nos bastará recordar que el nervio motor ocular común, tiene, no sólo un núcleo de origen; sino varios, la mayor parte de ellos situada bajo el acueducto de Sylvius. Los núcleos que corresponden á la musculatura interior del ojo (músculo de la acomodación y esfínter pupilar) están situados más adelante, bajo el piso del 3^{er} ventrículo y están nutridos por vasos diferentes que los otros. Esta diversa situación de los núcleos de la musculatura intrínseca y de los de la musculatura extrínseca del ojo, nos da la explicación en el caso, de como solamente la primera pudo ser comprometida quedando ilesa la segunda. Este hecho, aunque explicable, y señalado ya varias veces, es sin em-

bargo curioso; porque los núcleos de origen del 3^{er} par están todos muy próximos los unos á los otros.

Antes de terminar, voy á hacer una observación. Dije antes que á los 24 años corresponde una amplitud de acomodación de 8,50 diptrías, según la tabla de Donders. Existe entre nosotros la creencia de que la presbicia es más temprana en México que en Europa. Así como en este clima tropical el organismo entero envejece más pronto, el cansancio de la acomodación, que como es sabido, depende del cambio de textura progresiva de la masa del cristalino, se revela más pronto que en otros países. Parece corroborar este raciocinio el que para corregir la presbicia á una edad determinada, ha sido preciso prescribir cristales convexos más fuertes que los indicados en los textos europeos.

Posible es que esto que se cree sea cierto; pero debemos tener en cuenta que á un mismo présbita le pueden ser útiles, no solamente un cristal sino diferentes números, según la distancia á que esté acostumbrado, ó tenga necesidad de trabajar de cerca y según el esfuerzo de acomodación de la que aun le queda, que le permitamos que ejercite en este acto. Por lo tanto, el número del vidrio prescrito puede variar en ciertos límites y sería un poco aventurado, partiendo del dato del vidrio usado, deducir como cierta la conclusión de que la presbicia es precoz en México. El medio verdaderamente científico y seguro de averiguarlo no es por cierto difícil; consiste en medir la amplitud de la acomodación, por los medios usuales, en individuos de diferentes edades y compararle con la señalada en la tabla de Donders. Me propongo ponerlo en práctica y dar cuenta del resultado á esta docta corporación.

Consecuencia directa de lo anterior es que, el procedimiento empírico de prescribir cristales á los présbitas fijándose solamente en cuál número es aquel con que ven mejor en el momento del examen, está sujeto á errores y debe ser desechado, debiéndose recurrir á otro más técnico y riguroso que consiste en determinar en cada caso particular, primero, la refracción estática, por los medios objetivos y subjetivos; en seguida la amplitud de la acomodación, y tener, por último, en cuenta, la distancia ó distancias á que tiene que trabajar el sujeto, no permitiéndole que haga uso de toda su potencia acomodatriz para el trabajo de cerca, sino dejarle una reserva que queda al tacto y juicio del oculista fijar; porque de otro modo, pronto sobrevendría la fatiga ó aste-

nopía acomodativa y el trabajo sería penoso ó imposible de continuar.

Es evidente que una vez determinada la graduación del cristal de la manera indicada, se debe probar si es el que realmente conviene, aun cuando la prueba dure varios días y haya entónces necesidad de sustituirlo por otro; pues no hay que olvidar que el ojo humano es un órgano de funciones más complexas y delicadas que un simple aparato de física y que, por esta razón, el oculista está obligado no sólo á conocer la óptica y á hacer aplicación exacta y rigurosa de sus leyes en la medida de la refracción ocular, sino que después de verificado esto, debe tener presente que, como médico, como clínico, para aliviar los males que aquejan á su paciente, tiene que llenar no sólo una, sino varias indicaciones; y el caso que sumariamente he relatado es por cierto un ejemplo elocuente de la estrecha unión que hay entre la clínica médica y la oftalmología. La medicina es una y sus divisiones, aunque necesarias para el estudio y la práctica, son meramente convencionales.

Abril de 1900.

A. CHACÓN.

Dictámen, que sobre la Memoria del Dr. Mendizábal titulada
“Algunas consideraciones acerca de la epidemia
que reinó en Orizaba en la segunda mitad del año de 1899” presenta
á la H. Academia la Sección
de Higiene, en cumplimiento del acuerdo de la misma.

Cumpliendo con la comisión que sirviera confiarnos el Sr. Presidente de esta Academia N. de Medicina, hemos estudiado la bien escrita y mejor pensada memoria de nuestro ilustrado consocio el Sr. Dr. D. Gregorio Mendizábal, y en el presente dictamen exponemos el resultado de nuestros estudios sin haberles podido dar toda la amplitud y prolijidad convenientes, en virtud de lo brevisimo del plazo que se nos ha dado, pues apenas hace ocho días recibimos la comunicación respectiva.

Un hecho se desprende de la citada memoria que por sí solo está lleno de interés, pero que lo tiene todavía mayor, por las relaciones que tiene con otros observados en este país y en la América del Sur.

El primero es, que en Julio y Agosto de 1899 la fiebre amarilla importada de Córdoba hizo su aparición en Orizaba revistiendo la forma