

GACETA MÉDICA

DE

COSTA RICA

REVISTA MENSUAL

DE
* MEDICINA, CIRUGIA, FARMACIA É HIGIENE *

ÓRGANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA DE LA REPUBLICA

DIRECTOR,

DOCTOR CÉSAR BORJA

Año III

San José de Costa Rica, 15 de abril de 1899

Núm. 9

Secretaría de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia.

SESIÓN extraordinaria de Junta General de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, celebrada el veintidós de febrero de mil ochocientos noventa y nueve. Concurrieron á ella los Doctores Soto, Rojas, Jiménez, Calderón, Zumbado, Borja, Arrea, Iglesias; Licenciado farmacéutico Torrents y Director de la Escuela de Farmacia.

En ausencia del Secretario, se nombró Secretario ad-hoc al Doctor Borja.

El acta anterior se leyó y fué aprobada.

El señor Presidente expuso que la convocatoria á Junta General extraordinaria tenía por objeto el resolver qué se hacía en vista de que el Gobierno no daba ni el subsidio de tres mil doscientos pesos ni el Instituto Nacional.

El señor Tesorero, como miembro de la Comisión encargada de acercarse al Gobierno para resolver asuntos de la Escuela de Farmacia, dió lectura á la nota que esa Comisión había elevado al Ministerio del ramo con fecha cinco de febrero del año en curso, y que se puede ver en el acta de sesión ordinaria de la Junta de Gobierno, celebrada el seis de los corrientes. Luego hizo saber á los presentes que la Comisión se había dirigido al Palacio, donde se les prometió lo que sigue: El Supremo Gobierno, con el fin de ayudar á la Facultad Médica en su afán de perfeccionar la enseñanza que se imparte en la Escuela de Farmacia, dar á ésta los laboratorios y local convenientes, entrega á la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, por el término de tres años, prorrogables, la propiedad y el uso libres de los laboratorios del Instituto Nacional de Higiene, con todos sus instrumentos, sustancias y enseres y el local que dicho establecimiento ocupa. Le cede asimismo el uso de parte del local que ocupaba hasta hace poco la Escuela de Bellas Artes. También dar el alcohol que para el uso de la Escuela se necesitase, á cincuenta centavos el litro. La Facultad, por su parte, se comprometía á hacer por su cuenta, en los laboratorios que se le entreguen, los análisis y ensayos oficiales ó cualesquiera otros. Con esto último no más, la Facultad se imponía cargo pesado, sin embargo, la Comisión aceptó estas bases, porque se le había dicho que en Consejo de Ministros estaban aprobadas, que sólo faltaba redactarlas

Se concedió patente de botiquín, en la línea férrea al Atlántico, al señor Marcelino Garino.

Se leyó una comunicación de los señores Herman y Zeledón, en la que don Cecilio Vicente, de Tres Ríos, pide rebaja de la patente, por ser su negocio en pequeño. Se pasó á la Comisión clasificadora de boticas para que ella resuelva.

Se leyó una comunicación de la Sala segunda de Apelaciones, en la cual pide á la Facultad resuelva lo pedido en el auto final de la causa contra José Martínez Montoya, por lesiones. La Junta nombró para ello á los Doctores Picado é Inksetter.

Se leyó un telegrama del Juez de Limón, en el cual pide se despache el asunto de Leticia James contra Elizabeth Thomas, por lesiones. La Junta acordó que resolvieran los Doctores ya nombrados en otra sesión, Zúñiga y F. J. Rucavado.

Leído el Reglamento de la Escuela de Parteras, se aprobó y ordenó publicarlo. La sesión se levantó á las once de la noche.

J. M. SOTO ALFARO

G. JIMÉNEZ,
Srio. ad-hoc

SESION ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, celebrada el veintisiete de marzo de mil ochocientos noventa y nueve. Concurrieron á ella los Doctores Soto, Zumbado, Arrea y Cosp, Jiménez y Calderón.

Se nombró Secretario ad-hoc al Doctor Jiménez.

Leída que fué el acta, se aprobó, suprimiendo el artículo segundo de dicha acta.

Leída una nota del Doctor Bansen, fecha veintiuno de los corrientes, se acordó pasar nota de reprensión al Doctor Bansen, por el tono descortés con que se permitió dirigirse á la Facultad Médica de la República de Costa Rica. Y para proceder á las averiguaciones consiguientes, para ver en qué ley se funda el Doctor Bansen para negar lo que se le pidió en nota del dieciocho del corriente, nómbrase á los Doctores Rojas y Zumbado.

El Doctor Iglesias se encargó de reunir datos para completar el libro "Registro de Incorporaciones" de Médicos y Cirujanos, Farmacéuticos, Cirujanos Dentistas y Obstetrices.

Dió cuenta el señor Fiscal á la Junta, conforme se le comisionó por artículo once de la sesión del trece de los corrientes, de que había hablado con el Doctor Borbón, haciéndole ver que no debió regentar botiquín no autorizado por la Facultad Médica; y la culpabilidad del señor Retana de tener botiquín sin patente. Se acordó pasar nota al Doctor Borbón, explicándole que no puede procederse á cerrar el botiquín del Doctor Delgado si el Doctor Borbón no está establecido en forma en el Puriscal.

La *Botica del Mercado*, de Cartago, avisa que su nuevo regente es el Doctor don A. M. Pirie. Pase al Tesorero.

El señor A. Navarrete pide patente de botiquín en Desamparados. La Junta acordó autorizar al señor Tesorero para que, tomados los informes nesarios, autorice al señor Navarrete.

El señor José C. Segreda comunica que la botica del Doctor Flores (J. J.) queda cerrada por ausencia de su dueño. Pase al señor Tesorero.

Se acordó aprobar el dictamen médico-legal de los Doctores Rojas y Arrea, en causa contra Emilio Vargas, por lesiones á José Castro Aguirre.

Visto el título de Médico Cirujano del Doctor J. M. Cuadra, se aprobó, y en virtud de tratados vigentes con Nicaragua, se acordó incorporarlo en la Facultad Médica de Costa Rica.

Se acordó despedir, con un telegrama, al señor Presidente de la Facultad Médica.

El acta, unánimemente, fué aprobada de una vez.

La sesión se levantó á las diez p. m.

J. M. SOTO ALFARO,
Primer Vocal

F. J. RUCAVADO,
Secretario

Conferencias Científicas

Hanse inaugurado de nuevo, y en una forma más liberal y práctica, las conferencias científicas de la Facultad de Medicina, las cuales no sabemos por qué motivo se quedaron en nada hace más de un año. Ahora las conferencias son libres, es decir, que la Directiva de la Facultad no designa persona ni tema, sino que, siguiendo el orden alfabético, que es lo más imparcial,—cada miembro de la Facultad tiene un día señalado para su disertación, la cual versará sobre el tema ó asunto que más le acomode al sustentante.

Las conferencias tienen lugar todos los días miércoles, á las siete de la noche, en el salón de sesiones de la Facultad. Cúponos en suerte á los Doctores Arrea y Calderon, y á nosotros, ser los primeros en dar el ejemplo, habiendo sido los temas respectivos: *Miosis y Midriasis, Placenta Previa, y Fisiología y Patología general del hígado.*

Insertamos á continuación el trabajo del Doctor Arrea, por ser un estudio bastante completo é ilustrado de esos dos síntomas importantes de la pupila, no sólo con relación á las enfermedades de las ojos, sino también respecto de muchas otras infecciosas, y del sistema nervioso.

MIDRIASIS Y MIOSIS

I

Si la existencia del esfínter de la pupila no ofrece dudas, no así la del músculo dilatador. Hasta los tiempos de Henle se ha admitido la existencia de este músculo en el hombre, más bien por necesidad fisiológica, que porque se hubiera demostrado su presencia. Gracias á la oposición sistemática de Grünhagen se estudió con más empeño esta cuestión. Confirmando Merkel las observaciones de Kölliker y Henle, describe el dilatador inmediato al pigmento del iris en forma de haces radiados, á lo cual replica Grünhagen, que no existe tal músculo, puesto que en la capa de fibras descrita por Merkel no se encuentran núcleos en ninguna parte. Cuando más tarde, después de los trabajos de Jeropheeff de Ywanoff y del mismo Merkel, pudo convencerse por sí mismo de la presencia de núcleos, aun siguió negando que se tratase de fibras musculares.

Aunque en la actualidad se admiten generalmente los dos músculos, esfínter y dilatador, no está aún bastante clara la cuestión, y de cuando en cuando aparecen impugnadores. No hace mucho tiempo M. Retterer negó el carácter muscular á la membrana que

como á tal describen Henle é Ywanoff, aunque admitiendo fibras radiadas, pero en escaso número. En vista de esto, Brown—Sé-
quard, después de manifestar la incertidumbre que ha existido hasta el día sobre el mecanismo de la dilatación pupilar, dice lo siguiente: "Sabido es que en ciertos casos la pupila se dilata hasta casi desaparecer el iris. Ahora bien, sería difícil dudar de la existencia del músculo dilatador si se encontrasen haces suficientes para explicar este enorme trabajo muscular. Fundado en estas consideraciones, y habiendo observado que la dilatación pupilar es la misma después de la sección del motor ocular común (ya esté ó no cortado el simpático) he llegado á creer que el nervio simpático no es nervio dilatador de la pupila, sino el nervio *inhibidor* del esfínter, por su acción sobre los centros ó sobre las partes periféricas."

M. Jessop, de Londres, dice: "que el músculo pupilar consiste en un esfínter que rodea la pupila, y que no existe dilatador. Cree que el esfínter pupilar obra de la misma manera que los otros músculos circulares de fibras lisas, de los vasos, del tubo intestinal, etc., obedeciendo á nervios constrictores y nervios dilatadores."

Me limito á exponer lo de M. Jessop, porque no he podido leer las pruebas que aduce. En cuanto á lo expuesto por Brown—Sé-
quard, parece envolver una contradicción. En efecto, por un lado parece no tener inconveniente en admitir el dilatador, si se encuentran suficientes fibras para producir el *enorme* trabajo muscular de la dilatación; y por otro no lo necesita para nada, admitiendo la dilatación por parálisis del esfínter.

La dilatación pupilar máxima no parece que debe atribuirse exclusivamente á la parálisis del esfínter. Si así fuera, parece natural que en el cadáver se observara la dilatación máxima, y no es así; presentando sólo una dilatación media, dependiente de la elasticidad propia de los tejidos del iris.

Juler (Londres) ha comprobado los trabajos de Schwalbe Treacher, Collin, etc., demostrando la continuidad de la capa epitelial posterior del iris con el epitelio de la región ciliar. Ha encontrado, además, una (*línea, formación en línea*) de células cúbicas, cercanas á la parte posterior del iris.

Delante de esta línea se encuentra una capa uniforme de fibras musculares, lisas, en un espesor de dos á tres elementos anatómicos. Entre esta capa y el epitelio posterior existe una línea de núcleos ovales y redondeados, desprovistos de protoplasma. Estos núcleos parecen continuarse con las células pigmentadas, cúbicas de la región ciliar. Las fibras musculares lisas, parecen adherirse al tractus del ligamento pectíneo por fuera y se continúan hacia adentro con el esfínter pupilar. Este músculo tiene dos acciones:

1º Dilata la pupila;

2º Por su acción sobre el ligamento pectinio, tiende á cerrar las lagunas de Fontana.

Este músculo (dilatador pupilar) admitido por Schäfer, Dogeíl

Schwalbe, es negado por Gunn, que lo considera como perteneciente al tejido elástico. Recientemente su presencia ha sido establecida en fisiología por los experimentos de Langley y Anderson.

No se presenta muy clara la inervación del iris, y menos la parte que corresponde á cada nervio en los movimientos opuestos de dicha membrana.

Se admite que el iris recibe filetes sensitivos, directos del trigémino, y por intermedio del ganglio ciliar, fibras sensitivas también del trigémino, fibras motoras del tercer par y filetes del simpático.

Las del simpático proceden de la médula cervical, del centro cilio-espinal, (A) las cuales, después de cierto trayecto, llegan al plexo cavernoso.

De experimentos relacionados con este centro, parece deducirse:

1º La estimulación del centro cilio-espinal produce dilatación de la pupila, tanto por la excitación de las raíces posteriores, como de los cordones correspondientes;

2º La trasmisión de los estímulos sensitivos á las fibras simpáticas, se verifica en el cerebro;

3º Además de los filetes del simpático, que dilatan la pupila, otros proceden directamente del cerebro.

No todos los nervios que influyen en la amplitud de la pupila pasan por el ganglio ciliar, puesto que después de la ablación del mismo, la estimulación del simpático cervical continúa produciendo la dilatación pupilar. Estos filetes proceden seguramente de la rama oftálmica del trigémino, que recibe filetes del plexo cavernoso.

Después de la división intracraneal del trigémino, se observa contracción no duradera de la pupila, aun después de haberse dividido el motor ocular común. Estimulando después el simpático, resulta una dilatación aunque no tan fuerte como cuando no se ha dividido ningún nervio. Después de la división, otra contracción no muy grande.

La excitación de los núcleos del motor ocular común, producen contracción del músculo ciliar y de la pupila. Después de la división de este nervio se produce una dilatación pupilar notable.

Se admite que la impresión luminosa, conducida por el nervio óptico al centro reflejo que preside la contracción de la pupila, es transmitida al núcleo del motor ocular, el cual determina dicha contracción.

No está suficientemente demostrado que los centros reflejos, para la contracción pupilar, residan en la sustancia gris de los tubérculos cuadrigéminos, aunque parece muy probable que en los casos de amaurosis por causa cerebral, en los que se conserva la reacción pupilar, el sitio del mal reside en los hemisferios, más allá de los tu-

(A) Según Budge, las fibras nerviosas del *músculo radiado* del iris, tienen su origen en parte en la médula espinal, (entre la quinta vértebra cervical y la sexta dorsal) y en parte en la médula oblongada; estos dos grupos de fibras van con el simpático, y por el intermedio de un ramo que une el hipogloso al ganglio cervical superior, las fibras nacidas en la médula oblongada llegan á este tronco.

bérculos cuadrigéminos. En estos casos podría suponerse que los filetes del nervio óptico que intervienen en la acción refleja, han quedado intactos, ó bien que se conserva la conducción de la impresión luminosa y la trasmisión refleja, estando abolida la elaboración central ó la exteriorización de esta impresión. Algunos autores creen que la contracción pupilar se produce en estos casos, por otros agentes, sobre todo, la sensibilidad cutánea.

Para cada ojo se supone una vía refleja especial, y una comunicación entre las dos, no sólo por las fibras comisurales, sino probablemente por los filetes que se cruzan después de la salida del núcleo.

En los casos de ceguera monoftálmica, en los que no se conserva la reacción pupilar en el ojo amaurotico, existe por lo menos la reacción consensual, siendo este signo muy importante para descubrir la simulación de dicha ceguera. Si es real, la pupila del ojo ciego no reaccionará á la luz directa, pero obedecerá á la impresión de la luz en el ojo sano.

Influye también en las dimensiones de la pupila el estado de los vasos del iris. La contracción de éstos, que se produce juntamente con la del músculo dilatador, por la acción del simpático, contribuye á la dilatación de la pupila, así como la parálisis del mismo, ocasionando la dilatación vascular, favorece la contracción.

El grado de tensión de la cámara anterior influye de una manera notable en las dimensiones de la pupila. La punción de dicho espacio con salida de humor acuoso produce contracción del iris. Esta influencia de la presión en el diámetro pupilar se hace muy patente en un ojo atropinizado. La pupila, que en este caso es enorme, disminuye considerablemente al evacuar el humor acuoso.

El esfuerzo de acomodación influye también, produciendo contracción pupilar.

Existen individuos, aunque son rarísimos, en los cuales se producen voluntariamente los movimientos pupilares independientemente de la acomodación. (Scitz—Zehender, Budge).

II

Hasta aquí hemos considerado los movimientos del iris en el terreno de la fisiología. Trataremos ahora de la midriasis y miosis, como síntomas de diversos estados morbosos.

Atendiendo á la incertidumbre que existe en la fisiología de los movimientos del iris, creo que resulta algo atrevida la división que por algunos autores se hace de la midriasis y miosis en espasmódicas y paráliticas. Dicha clasificación podría pasar si se admitiera un solo músculo, pero admitiéndose dos, y siendo opuesta su función, no resulta la división ni muy clara ni muy lógica. Es preferible indicar en cada caso de midriasis y miosis si hay espasmo ó parálisis, y á qué músculo corresponde.

Midriasis. Se entiende por midriasis una dilatación anormal de la pupila con absoluta inmovilidad del iris (de Weker.) Muy

absoluta es la definición y no creo que en la práctica la siga nadie. Tendrían que suprimirse muchos casos de midriasis, en los cuales se conserva algo de contractilidad, y aquéllos en que subsiste la reacción consensual. Más aceptable es la división, en incompleta y completa, aunque la explicación que da de ellas respectivamente, diciendo que la primera depende de la parálisis del motor ocular y la segunda, de esta causa y de la acción simultánea del simpático, no puede admitirse en todos los casos. Dadas las múltiples causas que influyen en los movimientos del iris, necesariamente han de tener lugar combinaciones menos sencillas que la que resulta de la explicación del ilustre oftalmólogo.

Se presenta la midriasis casi siempre en la parálisis de la acomodación. Se han citado casos en los cuales, á consecuencia de la difteria, el músculo ciliar se encontraba paralizado y la pupila conservaba sus dimensiones normales. En estos casos de parálisis parcial ó total del tercer par, las causas son diversas.

La difteria produce, entre otras parálisis, la de la acomodación y del iris. También se citan casos de fiebre tifoidea y de reumatismo articular.

La sífilis por lesiones en los centros; y más comúnmente por compresión del nervio ó causa de infiltraciones de la vaina, de gomas y producciones periósticas. Hutchinson llama oftalmoplegía interna á la parálisis aislada de los músculos de la acomodación y del iris, la cual es casi siempre específica.

La diabetes puede ocasionar la parálisis del músculo ciliar, y hace mucho tiempo que Trousseau dijo que podía ser uno de los primeros síntomas de la glicosuria.

La midriasis por parálisis refleja se presenta también en las enfermedades de la retina y del nervio óptico. En la amaurosis completa por estas enfermedades, existe la midriasis y falta la contracción refleja directa ó por lo menos está muy disminuída, pero no hay ninguna relación como se creía antiguamente entre la movilidad pupilar y la reducción de la agudeza visual. Existen casos, en los cuales con una amaurosis completa, está conservada la reacción pupilar, y otros, en los que una simple ambliopia se acompaña de dilatación é inmovilidad completa del iris.

La midriasis se observa en la anemia cerebral por causas diversas. En los ataques convulsivos urémicos, eclámsicos y epilépticos se presentan las pupilas anchas y rígidas.

En la ataxia locomotriz puede presentarse como fenómeno prodrómico una midriasis unilateral y fugaz, dependiente de la parálisis del tercer par, tan frecuente al principio de esta enfermedad, ó también debida á irritación del simpático por acción refleja. Es mucho más frecuente, sin embargo, en la ataxia confirmada, la miosis dependiente de parálisis del simpático cervical, de la cual trataremos luego.

En la parálisis general se encuentra como síntoma prodrómico la midriasis, precediendo á los ataques monomaniacos.

Los parásitos intestinales en los niños pueden producir una midriasis pasajera. En los jóvenes se observa también por abusos genésicos. En estos casos, lo mismo que en los hipocondriacos y en los ataques histéricos, se atribuye la dilatación pupilar á excitación del simpático. (B)

Todas las causas que pueden afectar el simpático cervical como el bocio, el infarto de los ganglios cervicales, los aneurismas de la aorta, las deformidades de la columna vertebral, etc., pueden ser causa de midriasis y también de miosis, cuando no se produzca irritación, sino parálisis por compresión.

Después de traumatismos por cuerpos obtusos, puede observarse dilatación pupilar, cuyo mecanismo se ha explicado de diferentes maneras.

También se observa midriasis después de intensos dolores orbitarios y de los cólicos saturnino y biliar, siendo en estos últimos por acción refleja.

Hemos dicho que el aumento de tensión produce midriasis, y vemos en el glaucoma la dilatación pupilar con inmovilidad del iris, llegando la tensión intraocular á producir, entre otros trastornos, la atrofia del diafragma irideo.

Miosis. Se observa en el sueño, hasta en los ciegos, en los cuales el motor ocular común no ejerce ninguna acción sobre la pupila, en estado de vigilia. Parece que debe atribuirse á la preponderancia del esfínter, á la plenitud de los vasos por relajación muscular de los mismos, debido á la suspensión de la influencia del simpático que determina al mismo tiempo la relajación del dilatador.

En la agonía se observa contracción grande de la pupila, que se dilata considerablemente en el momento de la muerte, para quedar al cabo de cierto tiempo con una mediana amplitud. Cesando con la muerte el aflujo de sangre al cerebro, se extingue la actividad del tercer par; sólo el simpático continúa funcionando por algún tiempo.

(B) Los señores Aurand y Frenkel (Rev. de Med. oct. 1896) han estudiado esta manifestación histérica particular, que es la midriasis, y he aquí cuales son las conclusiones de su trabajo.

La midriasis histérica, aunque rara, tiene una existencia real y autónoma.

Clínicamente se pueden admitir las formas espasmódica y parálitica que pueden existir cada una independientemente.

Es necesario admitir la posibilidad de la existencia en el mismo individuo á la vez, de la midriasis espasmódica y parálitica ó renunciar á esta distinción aun en clínica. En la mayor parte de los casos de midriasis, sea espasmódica, sea parálitica, hay coexistencia de una amaurosis, ó á lo menos ciertas anestias *sensitivo-sensoriales* — Lo más frecuente es que la midriasis se cure al mismo tiempo que la amaurosis.

Sería un error, sin embargo, creer que la midriasis histérica que acompaña la amaurosis sea una midriasis *de la amaurosis*. Es completamente independiente de ésta. Más todavía, la amaurosis histérica en la observación de los autores no se ha acompañado siquiera de la abolición del reflejo luminoso, como es la regla que suceda en el histerismo.

La naturaleza histérica de la midriasis se juzga, no por los caracteres propios, que pueden parecerse á la midriasis orgánica nuclear (con ausencia del reflejo), sino por la coexistencia de los estigmas histéricos y por su curación.

Se observa la miosis en las enfermedades inflamatorias del cerebro y sus membranas, en las hemorragias cerebral y menígea.

La miosis por parálisis de las fibras dilatadoras se produce en las alteraciones graves que ocasionan parálisis del simpático cervical. Se observa, pues, en todos los procesos espinales que están localizados entre el bulbo raquídeo y las primeras vértebras dorsales, y producen parálisis de toda la porción que está en relación con las fibras dilatadoras de la pupila.

Una de las enfermedades en que se presenta con mayor frecuencia la miosis parálítica, es la ataxia locomotriz. No es, sin embargo, un síntoma constante ni tampoco persistente. En algunos enfermos se disipa cuando la atrofia de los nervios ópticos ha llegado á ser completa.

Suele ser un síntoma precursor de la atrofia gris del nervio óptico, y es un signo característico é indiscutible de la esclerosis espinal.

En la mayoría de los casos de tabes no están interesadas las fibras dilatadoras de la pupila que existen en la médula cervical, sino que la afección se limita á los cordones posteriores. En este caso, quedando interrumpida la comunicación de los nervios sensitivos de las extremidades y del tronco con el centro dilatador, se pierde el estímulo continuo que aquellos nervios ejercen sobre la pupila.—Sería, pues, una miosis espinal parálítica, por acción refleja.

En casi todos los casos de tabes, en los que las pupilas no varían por la acción de la luz, se modifican de un modo visible por la influencia de la acomodación (Síntoma de Argyl Robertson.) Los midriáticos en estos casos obran de un modo incompleto y poco duradero: por el contrario, la acción de los mióticos es más persistente. Falta también la reacción pupilar á los estímulos cutáneos, excitación eléctrica del simpático, etc. Puede decirse, pues, que en la ataxia faltan la contracción y dilatación reflejas.

En la parálisis general progresiva, se observa también la rigidez pupilar, la cual en esta enfermedad se combina más veces con una dilatación mediana que con la miosis. Se observa, como en la ataxia, la falta absoluta ó casi absoluta de reacción por la acción de la luz y la contracción normal de la pupila durante la acomodación. Es frecuente la desigualdad de la pupila en esta enfermedad.

TRASTORNOS PUPILARES EN DIVERSAS ENFERMEDADES

Vamos á tratar ahora, en conjunto, de la midriasis, miosis y reacción pupilar, como síntomas que se presentan en varias enfermedades.

En la poliencefalitis se observan, además de otros fenómenos paralíticos, los fenómenos pupilares parecidos á los de la ataxia locomotriz.

En la esclerosis en placas, Uhthoff ha encontrado trastornos

pupilares en el dieciséis por ciento de los casos observados, pero solo una vez el signo de Argyl Robertson.

En las intoxicaciones, se atribuye por Eperon, á la nicótica la abolición de los reflejos pupilares.

El Doctor Alessandro Marina ha observado en la tabes dorsal, entre ciento cincuenta casos, setenta y cinco de inmovilidad pupilar; ausencia del reflejo pupilar en cuarenta y cinco casos; la miosis en cincuenta casos y la midriasis en diez. Según este autor se encuentran en esta enfermedad neuritis periférica y lesiones nucleares, lo cual hace algo aventurado el diagnóstico que se acostumbra hacer de parálisis nuclear.

En la mayor parte de los casos de parálisis general progresiva, las pupilas están inmóviles y se observa el síntoma de Argyl Robertson. En todos los casos en que se ha practicado el examen anatómico se han notado lesiones degenerativas en las células nucleares, en los nervios y hasta en los músculos. El proceso patológico es parecido al de la tabes.

En las hemorragias y reblandecimientos de la región de los tubérculos cuadrigéminos se observa casi siempre parálisis totales ó parciales del tercer par y trastornos pupilares. La inmovilidad pupilar es más frecuente en la hemorragia.

Así como en la meningitis cerebro-espinal es rara, la parálisis del óculo motor, y frecuente la del sexto par, en la meningitis tuberculosa está afectado el tercero con más frecuencia que el sexto.

Terminaremos estos malos apuntes de las funciones de movilidad del iris con una ligera reseña de los trabajos de Frenkel sobre la desigualdad pupilar en ciertas enfermedades y en el hombre sano.

Entre las causas que cita el autor están en primer lugar las de origen intra-ocular: iritis por congestión de los vasos, glaucoma por isquemia de los mismos. Trata también de los traumatismos intra-orbitarios. Viene luego el capítulo más interesante de las desigualdades pupilares de origen intra-craneano. Pueden depender de una lesión del centro dilatador de la pupila, de lo cual no hay observación bien demostrada, ó de una alteración de las fibras constrictivas, y esta alteración se encuentra en la parálisis general, la ataxia locomotriz, en ciertos casos de sífilis cerebral, en las vesanias alcohólicas, la hemorragia y reblandecimiento cerebrales, los tumores y en las meningitis y encefalitis.

La desigualdad pupilar de causa intra-raquídea reconoce por causa casi constante una lesión del núcleo de los filetes de los nervios ciliares cortos, y estas lesiones obran sobre la pupila por el intermedio del simpático. Casi todas las enfermedades de la médula cervical ó dorso lumbar pueden producir la desigualdad pupilar: el mal de Pott al principio, la meningio mielitis, el cáncer de las vértebras y también la ataxia locomotriz.

Toda lesión unilateral del gran simpático cervical ó de las fibras simpáticas que van al iris, da lugar á la desigualdad pupilar, y la causa sería en este caso, extra craneana ó extra raquídea. Las

enfermedades en este caso son numerosas; desde el flemón del cuello hasta los aneurismas; las lesiones del plexo braquial, las adenitis, las afecciones pulmonares unilaterales (neumonía, pleuresía, etc.) pueden obrar sobre el simpático.

En las enfermedades generales se observa á menudo la anisocoria, pero según observación de Roque, sobre todo en las afecciones que se localizan en un solo lado. Se admite en este caso para explicar la anisocoria, una modificación del centro cilio-espinal, correspondiente á la lesión, ó al máximum de las lesiones, y esta modificación consistiría en una especie de eretismo que provocaría una contracción más fuerte del iris de este lado. Así sucede, que la neumonía infecciosa con localización unilateral, da una cifra más elevada de anisocorias (85 por 100); que la fiebre tifoidea (13 por 100.)

La anisocoria se observa en las neurosis: histerismo, neurastenia, epilepsia.

Una de las partes más interesantes del trabajo de Frenkel es su estudio de la anisocoria en el hombre sano. La mayor parte de los autores, sin dar prueba de esta afirmación, creen que la anisocoria del hombre sano depende de la anisometropía. Frenkel ha estudiado detenidamente este punto y saca como consecuencia de sus observaciones numerosas, que la anisocoria no puede explicarse por la anisometropía, ni por la teoría corriente de la pupila más ancha del lado más refringente, ni por la de Reche, de la pupila más ancha del lado más amétrope.

Es falso también que la anisocoria esté en relación con las diferencias de agudeza visual.

Lo mismo sucede con respecto al campo visual y los leucomas de la córnea, que no tiene nada que ver con la anisocoria.

DR. JUAN ARREA Y COSP,
Oculista.

DEPARTAMENTO QUIRURGICO DEL HOSPITAL CIVIL

OPERACIONES PRACTICADAS

I

Apéndice.—Excisión del apéndice vermiforme.

E. R., de San Antonio de Desamparados, de edad de veintidós años, soltera. Hacía dos años y medio de padecer dolores agudos en la región iliaca derecha, con accesos febriles, vómito y constipación. Estos ataques le venían periódicamente. La menstruación cesó durante todo el tiempo de la dolencia; la enferma enflaqueció y adquirió un color pálido amarillento. Sentía dolor al palpar la región iliaca derecha, donde se notaba una resistencia marcada de la pared abdominal. No había tumor. Se diagnosticó ser un caso típico de apendicitis. Se operó quince días después del últi-

mo ataque. El apéndice se encontró sin adherencias, y al parecer normal. A las tres semanas de la operación menstruó la enferma por primera vez, después de dos años y medio de amenorrea, y ha seguido bien hasta ahora.

II

Trepanación por epilepsia Jacksoniana.

B. C., treinta y cuatro años, de la legua de Aserri. Historia del paciente:

Hace trece años recibió una herida de cuchillo en el lado izquierdo de la cabeza. Estuvo en cama por espacio de tres meses, con hemiplegia del lado derecho. Tan luego como la herida hubo sanado, empezó á sufrir de ataques epilépticos, con movimientos circunscritos al lado derecho. Recobró al cabo de algún tiempo el movimiento de los miembros paralizados, pero los ataques continuaron con frecuencia, dándole hasta dos en la semana, y hubo vez en que se repetían diariamente. Entonces padeció de enajenación mental. Cuando ingresó al Hospital tenía una cicatriz de siete centímetros de largo, que se extendía en el parietal izquierdo, desde un punto situado trece centímetros arriba de la protuberancia del occipital, paralelamente al sinus longitudinales y distante de él como unos tres centímetros. El hombre presentaba un buen desarrollo y en el intermedio de los ataques habría gozado de buena salud, si no hubiera sido por un dolor de cabeza casi constante que le atormentaba.

La pierna y brazo derechos estaban menos nutridos que los del lado izquierdo. El reflejo del *tendón patella*, en el lado derecho, era exagerado y se podía producir *ankle clonus*.

Cuando caminaba no le era posible tocar el suelo con el talón del lado afectado, por permanecer levantado y sesgado el pie en la forma que presenta el *tálipes equino varus*. Los movimientos de esta pierna eran rígidos y espásticos y sentía todo el miembro entorpecido.

Los ataques eran precedidos de "susto en el corazón," según la expresión del paciente, y de movimientos en la mano derecha.—Después del ataque le venía sueño y dolor de cabeza.

La historia clara de haber los ataques principiado después de recibida la herida y la posición de ésta en la parte superior de las convoluciones frontal y parietal, ascendentes del lado izquierdo, hizo pensar á todos los médicos que vimos el caso en consulta, que se trataba de una epilepsia Jacksoniana.

Preparación del paciente

La víspera de la operación se rasuró bien el cabello en la parte en que se iba á trepanar; se lavó con jabón y éter y se le dejó puesto un paño mojado con una solución de 5 o/o de ácido carbólico. El anestésico que se le administró fué la mezcla de A. C. E.

Operación

Una vez determinada la posición de la fisura de Rolando, se hizo una incisión semicircular, que se extendía de un extremo al otro de la cicatriz. Se separó del hueso la piel, juntamente con el pericráneo, dejando descubierta una área considerable de aquél. Se colocó la aguja del trepanador sobre la fisura de Rolando, y como á cuatro centímetros de la línea media. Removido un pedazo de cráneo se vió que estaba adherido á la tabla interna un fragmento de hueso que se continuaba hacia adelante, en dirección de la cicatriz, por lo que se procedió á trepanar nuevamente. En esta vez se consiguió remover todo el fragmento que estaba haciendo presión sobre la masa cerebral. Hemorragia del diploe vino á complicar la operación, cuando estaba ya para concluirse. No fué posible detenerla por los medios recomendados para el caso, por lo que determinamos colocar los pedazos de hueso removidos, coser la herida, dejando un drenaje, y aplicar presión por medio de un apósito de gasa de percloruro de mercurio y algodón. El paciente soportó bien el anestésico y la hemorragia se detuvo. Tres horas después de la operación le vino un ataque, el que le repitió varias veces durante la primera noche. Estos ataques difirieron de los anteriores, en que eran de menos duración y en que el paciente no perdió el conocimiento; y se explican por la presión é irritación producidas por los cuábulos de sangre; cuando se reabsorbieron, cesaron por completo los ataques y dolores de cabeza. La temperatura se mantuvo normal después de la operación.

III

Operación por caries tuberculosa de las vértebras

Llamo la atención acerca de esta operación por el brillante resultado obtenido en un niño de tres años de edad que operó el Doctor Zumbado, y por haberse seguido el método aconsejado por Treves, que consiste en abrir los abscesos del psoas en la región lumbar, lo que permite no solamente evacuar el absceso y lavar bien su cavidad, sino también examinar las vértebras. La operación se practicó de la manera siguiente: Se hizo una incisión vertical como de una pulgada de largo entre la última costilla y la cresta del ileo, paralelamente al borde externo del erector spinal. Se incidieron los siguientes tejidos en orden: la piel, la fascia superficial, tirando hacia fuera el *Latisimus Dorsi*; la aponeurosis lumbar posterior; el erector spinal, la aponeurosis lumbar anterior, el *cuadratus lumborum* y el psoas. Treves aconseja mantenerse siempre cerca de las prominencias transversales de las vértebras, con el objeto de evitar herir las arterias lumbares y el peritoneo. Una vez incididas unas pocas fibras del psoas, la cavidad del absceso nos condujo fácilmente al cuerpo de las vértebras dañadas. Se lavó bien la cavidad con una solución de percloruro de mercurio, 1 en 5,000, y se raspó con la cuclarilla de Wolkman las partes careadas. Se suturó la he-

rida, pasando la aguja profundamente con el objeto de unir músculo y piel á la vez, dejando un tubo pequeño de drenaje, y se aplicó un apósito antiséptico. A las tres semanas después de la operación, la herida estaba sana y el niño en perfecto estado de salud, y sin deformidad alguna.

San José.—1899.

DR. G. JIMÉNEZ

NOTAS

sobre la educación médica en Europa

IV

FACULTADES EUROPEAS

Al hablar de las facultades europeas, se entiende que nos referimos á las más renombradas y que nosotros hemos tenido la dicha de conocer. No hay duda que la parte técnica de la enseñanza en esos diferentes centros, se asemeja por completo en el fondo, si no en la forma. Eso bastará para hacer comprender que la primacía de que dicen goza tal ó cual centro es una cosa pasada de siglo. A los centros docentes dan importancia real los profesores y los métodos de enseñanza empleados. Toda persona que haya pasado por los bancos universitarios, sabe que los buenos profesores son raros. De ahí viene que dos ó tres de ellos que sobresalgan, bastan para realzar el nombre de esta ó aquella Universidad.

Por lo que toca á métodos, hartó sabrán quienes se ocupan en cuestiones de educación, que hay que ser completamente ignorante para sostener la obra nefasta de la enseñanza rutinaria, que tan poca libertad deja á la inteligencia.

Tratándose de Universidades ó de escuelas profesionales, absurdo sería negarles la importancia que debe darse al desarrollo intelectual. Debe haber completa libertad de pensar, de razonar y descubrir. La gran pedagogía está en encarrilar la inteligencia, en disciplinar al individuo para que dé largo campo á su idiosincracia intelectual. El día que se consiga ese triunfo habrá más caracteres hechos, menos plagiarios y más escritores originales. Pero la humanidad compuesta como está, de una especie de simios, se ocupa más en las banalidades de la vida, que en la cultura de su personalidad intelectual, lo sola única cosa que, según algunos pensadores, la coloca sobre los otros seres.

De esa aurora de una nueva era en la educación, se comienza á disfrutar ya en Europa. No es ni la abundancia de materias en un programa, ni la perspectiva de un examen para el educando á la edad á que llega á las aulas universitarias, la que debe preocupar á un buen educador. En un examen, ó en lo que llaman un

acto público, no es posible poder juzgar de las aptitudes intelectuales de un individuo. Hemos conocido muchos *serius* capaces de ganar medallas recitando capítulos con no menos aptitudes que un loro, y sin embargo incapaces de hacer lo que otros con menos sellos de la inteligencia bastarda á que hacen acreedor los votos forzados de quienes con muy poca seriedad dan juicio semejante. Ya dijimos en un párrafo anterior á este, la necesidad de una enseñanza en que la práctica se úna ventajosamente á la teoría y la necesidad de que los estudios emprendidos por el educando, correspondan no sólo á sus aptitudes, sino también á sus conocimientos preparatorios. Si así se hiciera, quizá habría menos médicos y abogados malos y más zapateros y sastres capaces. Dichosamente el sistema de educación que deseamos, teniendo que ser de día en día más difícil, tendrá la ventaja de hacer la clasificación de aptitudes. El libro de texto desaparece. Es una mala noticia para los malos maestros y los alumnos incapaces. El texto en una universidad es un absurdo. Ya en Europa no se habla más del vetusto y ajado libro en que reposó muchas veces la frente pesada y el rostro abatido de la víctima estudiantil! Ya no se oye al fin de la lección el grito ronco del anciano maestro diciendo: "Estúdiense los dos capítulos siguientes." ¡Oh rutina, cuán largo ha sido tu reino! Un libro nunca ha sido una obra completa. Enseñar la ciencia según tal ó cual libro, es confirmar la incapacidad absoluta de poder enseñar algo de científico. Que el libro lo lea el alumno á la pálida luz del quinqué, en su bohardilla, está bien. Que medite y que lea mil libros más, eso es necesario.— Allí tropezará con la lucha por la verdad. Allí verá que el egoísmo en la ciencia es inútil. Que la imposición de tal ó cual principio en discusión es ridículo; que la conciliación en las ideas es necesaria; que buscar la verdad es difícil, y que nosotros por mucho que hagamos, hacemos poco, aunque parezca contradictoria mi expresión, dado el amplio horizonte surcado de tantos y variados caminos que nos ofrece el campo del estudio de la Naturaleza.

Las ideas expuestas anteriormente las hemos visto predominar en las universidades de Francia, Alemania, Bélgica, Italia y Suiza que tuvimos ocasión de frecuentar unas y visitar otras.

El ideal no es sólo el de que un individuo que estudia para médico sea médico en el sentido ordinario de la expresión, que el farmacéutico no sea el tipo del pobre pesador de drogas, agobiado por su enorme responsabilidad. Que cada cual salga en su profesión capaz de procurarse la vida, pero que á más cultive suficientemente sus capacidades y aptitudes para que pueda buscar á ratos la satisfacción que da el trabajo intelectual y la cooperación en busca de un ideal.

DR. TEODORO PICADO