

ma de astenopía, que para aliviarla elevara á la altura de la cabeza el libro para leer ó el papel para dibujar, debió haber practicado la tenotomía graduada de los rectos superiores para dar libertad á sus ojos de llevar las líneas de la mirada hacia abajo, disminuir la tensión exagerada causante de la astenopía y los demás fenómenos observados: con esto habría curado radicalmente á su pintor, como yo he curado á los dos enfermos en quienes la he observado.

Tratándose de astenopía y de los trabajos de Bull he creído que no está fuera de lugar la observación anterior, pues viene á robustecer la opinión de que todas las astenopías propiamente dichas, son causadas por anomalías en el funcionamiento de los músculos extraoculares.

Esta opinión es aceptada por la mayoría de los oculistas americanos, pero no todos ellos la comprenden de la misma manera: unos, con Stevens, creen que el músculo ciliar no tiene acción directa ó indirecta en la producción de la astenopía; Savage, Wood y Rixley en el primer Congreso Pan-Americano reunido en Washington en 1893, combatieron esta idea, afirmando que el espasmo del músculo ciliar puede causar indirectamente la astenopía provocando un exceso de convergencia que se traduce por pseudo-heteroforia y ésta da lugar á la astenopía. De suerte que la curación del espasmo ciliar hace desaparecer la pseudo-heteroforia y cura la astenopía. Esta es la opinión que he aceptado y confirmado en la práctica: explica perfectamente las curaciones obtenidas con el uso de los vidrios correctores y es la que ha dado lugar al empleo constante de los cicloplégicos en la determinación de los vicios de refracción.

Cito esto para hacer ver al Dr. Chacón la acción que puede tener el músculo de la acomodación en la producción de la astenopía: su acción es indirecta: el dolor siempre es producido por los músculos exteriores, por la pseudo-heteroforia y no por el ciliar.

La palabra *eye-strain* que emplea el Dr. Chacón en su trabajo como equivalente á astenopía, se aplica, propiamente hablando, á la tirantez exagerada de los rectos oculares como lo indica el significado del verbo *to strain*. Para designar la tirantez ó espasmo del músculo de la acomodación, usan los anglo-sajones el término: *ciliary-strain*.

Me he extendido demasiado en dar á conocer

algo de los trabajos americanos y de los nuestros en México, para no dejar la menor duda de que las ideas presentadas por Bull como nuevas, ni son de Bull ni son nuevas; están publicadas desde hace veinte y cuatro años y en México, desde hace diez las hemos puesto en práctica.

II

Le segunda proposición que voy á demostrar, es que Bull no funda la teoría en experiencias hechas con el estereoscopio como dice el Dr. Chacón, sino en razonamientos y hechos clínicos como puede verse por los siguientes párrafos que tomo de su trabajo.

"El empleo de la belladona no alivia todos los casos de astenopía llamada acomodativa, sin embargo de poner en reposo el músculo de la acomodación. Aún cuando la belladona parezca obrar eficazmente no se deduce que el sitio del dolor esté en el músculo ciliar, pues como lo observamos en el tratamiento del estrabismo, cuando el músculo ciliar está en reposo hay un cambio en la inervación de los músculos exteriores y allí es tal vez donde el dolor reside.

(Concluirá.)

CRONICA MEDICA.

MEMORIAS A CONCURSO.

Obsequiando la segunda cuestión sacada á concurso el 3 de julio de 1903 y que se publicó en la página 218 del tomo III de la "Gaceta," en la sesión del día 6 de octubre, la Secretaría de la Academia dió cuenta de haberse recibido una y nombró el jurado respectivo, compuesto de los socios siguientes:

- Dr. Demetrio Mejía.
- „ José Olvera.
- „ José Ramos.
- „ José Terrés.
- „ Joaquín G. Cosío.

Suplentes.

- Dr. Manuel Toussaint.
- „ Domingo Orvañanos.