alimentado con leche de vaca. La leche de mujer es, casi totalmente, digerida en el duodeno, y su absorción se opera (sobre todo por las materias albuminoideas) en la parte superior del intestino delgado. De este modo, la putrefacción intestinal puede decirse es nula en el recién nacido criado el pecho.

Los fenómenos de putrefacción alcanzan su máximum en el intestino grueso, siendo igualmente muy atenuados en la digestión de la leche de mujer (Muls).

La duración de la digestión intestinal es variable, según que el niño sea criado al pecho (seis horas), o con biberón (seis a ocho horas) (Marfan). Chahuet ha buscado, por inspiración de Hutinel y Nobecourt, cómo se opera el paso de algunos centigramos de carmín ingerido con la leche en los lactantes al pecho de 9 a 30 días de edad; apareció en las deposiciones a las dos horas y media, por término medio, de la ingestión, y se eliminó durante ocho horas; en un niño de 2 años, alimentado con leche esterilizada, apareció el carmín a las 4 horas y se eliminó durante 9 horas.

Para concluir, os haré notar, nuevamente, que en todo lo expuesto, referente a la digestión gástrica e intestinal, no hay nada mío; mi trabajo ha sido únicamente de traductor aficionado. Pueden leerse estos datos en cualquier tratado especial moderno. Si alguna finalidad pueda pretender esta modesta Nota, es la de procurar hablar, contando con la valiosa cooperación de los señores Académicos, de este capítulo, que, como ya he dicho, considero importantísimo.

Respetando y alabando los progresos realizados, y que, como veis, son inmensos, es evidente que, por desgracia, aun no son lo bastante decisivos para poder formular conclusiones definitivas en muchos de sus extremos; para llegar a alcanzar este ideal, necesitamos se realicen bastantes nuevos estudios experimentales, que, sumados a los ya felizmente comprobados, constituyan nuestra futura base fija de conocimientos preliminares, para acertar en nuestra práctica diaria.

¡Siempre debemos pensar, al prescribir un régimen lácteo adecuado a un crío, en que no actuamos con criterio científico *indubitable*. ¡Si así no lo hiciéramos, la práctica nos reservaría muchas sorpresas!

Después de lo escrito, entre otras muchas dudas que nos asaltan, algunas, en verdad, quizá de momento sin gran trascendencia práctica, es lógico aun preguntarnos: ¿Qué células segregan el jugo gástrico? ¿Es tan diferente de la pepsina como se había creído? ¿Se comporta de igual manera en la digestión de la leche que en la de los alimentos de los adultos? ¿Es positiva la existencia de ciertos fermentos (lactasa, lipasa, etc.), en este jugo? ¿Cuál es el origen de la enterokinasa? Todo se contestará, sin duda alguna, quizá mañana; pero hoy, aun no puede contestarse. Aunque sea verdad, que ello vendrá, el hecho es que aun no ha venido, y, por ello, creo debemos ceñirnos a lo fielmente observado, procurando evitar en la práctica radicalismos inciertos a fin de no perjudicar quizá con ellos, alguna vez, al lactante. Lo cual, en otros términos, quiere decir que, si la observación nos ha enseñado algún antiguo derrotero, que creamos útil, no del todo ajustado a la *última* palabra del *último* experimento que *no sea en absoluto probatorio*, hemos de pensarlo mucho antes de abandonarlo definitivamente, desde el momento que aun no andamos por caminos seguros experimentalmente.

Quizá otro día os molestaré, señores Académicos y queridos compañeros, continuando esta modesta exposición, según mi humilde pensar, de otros capítulos de la Higiene general del lactante, que se prestan a múltiples consideraciones. El examen semeiológico de las deposiciones del crío (coprología clínica), su termogénesis y calorimetría, la dentición, el destete, etc., como sabéis, ofrecen ancho campo a la discusión, prudente y razonada, bajo sus actuales puntos de vista.

HE DICHO.

Sesión científica del 31 de Marzo de 1917

Movimientos asociados del párpado superior y de la masticación

(Fenómeno de Marcos GUNN)

POR EL DOCTOR M. MENACHO

Esta asociación tan original, descrita por primera vez por Gunn en el *Lancet*, en 1883, se observa muy rara vez. En un trabajo esmerado e interesante, publicado recientemente por el doctor Enrique B. Demaría en «Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos», hace un detallado estudio de la cues-

tión, menciona particularidades de alguno de los 76 casos hasta la fecha publicados, y refiere otro observado por él.

Yo a mi vez voy a publicar uno nuevo, recién observado, pues es conveniente acopiar materiales para completar el estudio de este fenómeno, para cuya explicación la anatomía y la fisiología nos brindan ancho campo para edificar hipótesis. Héle aquí:

El 19 de diciembre de 1916, vino a consultarme la Srta. Concepción S. y Ll., de 22 años, natural de Buenos Aires, hija de padres españoles y habitante en Barcelona. Su estatura es regular, su complexión casi atlética, excelente salud habitual, antecedentes patológicos negativos (pues no ha tenido enfermedad alguna que merezca mencionarse, ni traumatismos, ni manifestaciones neuróticas). Su padre, al cual se parece la paciente, es alto y fornido, y aparenta tener 58 años; su madre, de aspecto sano, aparenta tener unos 55 años; entre ellos no existe consaguinidad, según presumo.

Lo único que llama la atención en la paciente, es una *ligera* hipertrofia del tiroides, pero sin taquicardia, ni otros síntomas especiales que permitan diagnosticar la existencia del bocio exoftálmico.

Hasta los 12 años no observaron cosa particular, pero hacia aquella edad se fijaron en que cuando masticaba, el párpado superior derecho sufría un movimiento de retracción. Este fenómeno se fué acentuando, o por lo menos les fué llamando más la atención, y en la actualidad la molesta, porque el público se apercibe de ello y tiene que recurrir a algunas astucias para disimularlo.

La V=I'19 en ambos ojos. La T=O en ambos ojos. Sin insuficiencia muscular. Los fondos de ambos ojos son perfectamente normales. Los músculos extrínsecos de los ojos, funcionan normalmente; no hay ptosis. Pupilas de tamaño normal, y con todos sus reflejos normales.

Su padre, a quien reconocí en 1915, es algo hipermétrope y présbite, y sus fondos oculares eran normales.

Explorado directamente el fenómeno por el que consulta, se comprueba que el movimiento de retracción del párpado superior derecho sólo se presenta al deprimir la mandíbula para masticar, *pero no al moverla lateralmente*.

Tenemos, pues, un fenómeno de coincidencia de la depresión de la mandíbula, con un movimiento de retracción del párpado superior. La depresión de la mandíbula está principalmente bajo la acción del digástrico y del milo-hioideo, y el de lateralidad depende del pterigoideo interno, todos ellos inervados por el V par, excepto el digástrico, que también está inervado por el VII par; al paso que la retracción del párpado superior, debida al elevador del párpado, depende del III par; se trata, por consiguiente, de una sinergia funcional, que hemos de estudiar.

Desde luego merece fijar nuestra atención el hecho de que hasta la edad de 12 años no se habían apercibido los que rodeaban a la paciente del fenómeno objeto de la consulta; en buena lógica debemos suponer, tratándose de una familia cuidadosa, que antes no debiera existir, pues a dicha edad y entre personas de posición desahogada, esos detalles no pasan inadvertidos. Así pues, fundado en este razonamiento, me considero autorizado para afirmar que dicha asociación, en este caso, *no es congénita*. Por otra parte, nada recuerdan los padres referente a enfermedades ni a traumatismos, que pudiera arrojar alguna luz sobre la etiología de tan extraña asociación; ni existen antecedentes neuróticos en la interesada, ni en su familia, que puedan orientarnos sobre este extremo; solo (y esto es lo único que pude hallar), me llamó la atención el ligero abultamiento de las masas laterales del tiroides, difícil de apreciar por tratarse de una joven robusta y *algo* obesa.

Nuestro caso, como se puede ver, es de los más sencillos entre los conocidos, por su pobreza sindrómica, pues no hay asociación más que con el movimiento de depresión de la mandíbula, pero no con el de lateralidad de ésta, como ocurrió en la mayoría de los casos publicados; ni hay anisocoria, como en el caso de Demaría; ni asociación con la deglución, como en el caso de Cantonnet...; en definitiva, es un caso de los menos complicados que darse pueda; pero en cambio, es de los más obscuros en cuanto a etiología. Así pues, nos detendremos algún tanto en su discusión.

¿Pudiera tratarse de un signo de Graefe en sus comienzos, o del llamado pseudo-signo de Graefe? No por cierto, pues en éstos se presenta un defecto de sincronismo entre el movimiento de elevación del párpado superior y el del globo ocular, independientemente del de la masticación, y en nuestro caso la retracción ocurre cuando mastica, o cuando se simula la masticación; además, no existen perturbaciones cardíacas, ni vaso-motoras, apreciables, si bien existe ligero abultamiento del tiroides, pero faltan los otros dos síntomas que, con éste, forman el trípode sindrómico de la enfermedad de Basedow. Como por otra parte resulta evidente por la descripción que hemos dado, que se trata de una sinergia funcional entre músculos inervados por los pares III y V (que es en lo que consiste el fenómeno de Marcos Gunn) y en el signo de Graefe no interviene el V par, la confusión no es posible.

De todos modos, no deja de ser sospechosa esta aparición súbita y aparentemente autóctona de este fenómeno, y en buena clínica se impone someterlo a una severa observación; pero como el hecho es innegable, se impone también buscarle una explicación plausible que nos pueda orientar acerca de su etiología y aun de su patogenia.

Los ejemplos de conexión funcional fisiológica entre los nervios craneales, son frecuentes; recor-

demos el influjo de una detonación sobre el orbicular palpebral (pares VIII y VII); la sialorrea que puede provocar la contemplación de un manjar apetitoso (II, V y IX pares); la de un espectáculo horripilante, sobre la respiración y la circulación (II y X pares), etc. También es del caso recordar otro orden de conexiones, como v. g. las de la necesidad de respirar; la de la dirección de la marcha; la relación entre la acomodación y la convergencia, etc., que constituyen los llamados por Munck movimientos principales, que están bajo la dependencia de los centros subcorticales, y aun otros de índole más elevada que tienen por escenario la esfera cortical, donde la anatomía y la fisiología experimentales nos demuestran la existencia de localizaciones del movimiento, de la sensibilidad y del psiquismo, conexiones que pueden entorpecerse o interrumpirse por efecto de lesiones anatómicas (monoplejias, afasia, agrafia, hemianopsia, ceguera verbal), o bien por inhibición funcional (histerismo en sus diversas modalidades).

¿Dónde puede buscarse la conexión entre el III y el V pares? Desde luego hemos de pensar en tres emplazamientos: en los núcleos de origen, en los centros subcorticales o en la corteza cerebral. Como es sabido, los núcleos motores de origen del III par, distintos para cada uno de los músculos por él inervados, se hallan en la pared inferior del acueducto de Silvio, y los del V par tienen su origen principal en el núcleo mesencefálico, situado a ambos lados de dicho acueducto; y precisamente hacia su parte inferior, donde se aproximan a los núcleos del III par, es donde está el núcleo de los masticatorios; así es que, dada la relativa proximidad de dichos centros, cabría la explicación de que, aun dado su diferente emplazamiento en el embrión (pues el III par está en la columna medial y los del V en la lateral), pueden existir fibrillas colaterales que pongan en relación las neuronas de ambos núcleos. Pero ¿cómo explicar aún así los casos en que la lesión no es congénita, y aquellos otros en que el fenómeno del párpado está en relación con los movimientos de la deglución (glosofaríngeo, hipogloso), aquellos otros en que el fenómeno llega a desaparecer, o finalmente, los sobrevenidos durante la vida como el caso de Cantonnet, en el que sobrevino, combinado con paresia del oblicuo inferior, el movimiento sinérgico del párpado superior con la deglución, a consecuencia de haberse extraído una muela; o en mi caso, sobrevenido a la edad de 12 años?

¿Pudiera tratarse de una localización al nivel de los centros subcorticales? Ante todo, hagamos constar que dichos centros son poco conocidos y constituyen una concepción teórica sobre una base anátomo-patológica imprecisa. *Lutz*, que es el principal defensor de esta hipótesis para la explicación del fenómeno que estudiamos, admite que el centro de coordinación de dichos movimientos está situado en el fascículo longitudinal posterior o en el tálamo óptico, y defiende su opinión con razones más que con demostraciones; por consiguiente, le falta la demostración anatómica, que sería la más convincente.

Demaría, en su trabajo, se inclina a la teoría de la conexión de los núcleos del III par con el masticatorio del V, en su origen, pero también emite la teoría cortical, basada en las conquistas de la fisiología experimental, aunque no podamos localizar la lesión, pero en todo caso debe radicar por los alrededores del pie de las circunvoluciones frontales 2.ª y 3.ª (emplazamiento probable del centro del músculo elevador del párpado y del XII par craneal).

Me parece injustificado querer señalar, en el estado actual de nuestros conocimientos una explicación exclusivamente anatómica a este fenómeno, y creo más: creo que la observación atenta demuestra la estrecha relación existente entre las funciones encomendadas a los nervios craneales, lo que debemos atribuir, *a priori*, o bien a conexiones al nivel de los núcleos de origen, o entre los centros subcorticales, o en la corteza cerebral; y que estas vías de comunicación que la fisiología presiente y a la anatomía toca confirmar, pueden *dislocarse* (funcionalmente) o por inhibición, o por irritación, y esto explicaría, *provisionalmente*, este interesante fenómeno. Las teorías anatómicas, que estarían muy en su lugar para explicarle cuando fuese de origen congénito, tropiezan con un argumento indestructible ante los casos adquiridos: ¿cómo explicar en éstos el establecimiento de conexiones anatómicas de nueva formación, no solamente entre núcleos inmediatos, como los del III par y el núcleo masticatorio del V, sino en el caso de Cantonnet, en que las conexiones hubieran de tener lugar entre los del III, V y XII? ¿Cómo explicar aquellos otros en que el fenómeno en cuestión desaparece?