

CONTRIBUCION

AL ESTUDIO DE

LAS ATROFIAS PAPILARES

Museo Nacional de Medicina MEMORIA DE PRUEBA

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD
DE MEDICINA I FARMACIA DE LA
UNIVERSIDAD DE CHILE

POR

Victor M. Villalon P.

*Interno de la Clinica oftalmológica del Hospital de San Vicente
de Paul.*



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

IMPRESA I ENCUADERNACION AURORA

196, Nataniel, 196

1901

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

CONTRIBUCION

AL ESTUDIO DE

LAS ATROFIAS PAPILARES



MEMORIA DE PRUEBA

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD
DE MEDICINA I FARMACIA DE LA
UNIVERSIDAD DE CHILE

POR

Victor M. Villalon P.

*Interno de la Clínica oftalmológica del Hospital de San Vicente
de Paul.*



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

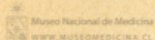
SANTIAGO DE CHILE

IMPRESA I ENCUADERNACION AURORA

196, Nataniel, 196

1901

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

DEDICATORIA

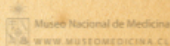
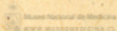
A mi profesor

Dr. Máximo Cienfuegos,

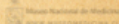
El Autor.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





CAPÍTULO I

Antes de entrar a describir la afeccion que tengo el honor de presentar a la Honorable Comision Examinadora, quiero dar una breve reseña sobre lo que es la papila normal o fisiológica.

La papila, es la estremidad intra-ocular del nervio óptico, es la que sirve de punto de reparo para todas las exploraciones metódicas del fondo del ojo, es en ella donde reside el sitio de las lesiones que comprometen lo mas a menudo la vision. Sus caracteres principales son:

Aspecto.—La papila se presenta bajo la apariencia de un disco arredondeado o de un óvalo de gran eje vertical, cuya coloracion blanco rosado se marca mui bien sobre el fondo rojo del ojo i cuyo centro es el punto de emergencia de los vasos retinianos.

Situacion.—Ella no está situada sobre el eje antero posterior del ojo, sino a tres o cuatro milímetros hácia



adentro de este eje i a dos milímetros por debajo mas o ménos.

Forma.—Su forma es ordinariamente circular, algunas veces ovalar, ya en un sentido o en otro. Este aspecto ovalar es a menudo fisiológico, sobre todo si el gran eje del óvalo es vertical; pero puede ser patológico, es decir, determinado por el astigmatismo. Para diferenciar estos dos estados es necesario examinar el ojo con la imájen recta i con la imájen invertida. Si el astigmatismo está en juego, la forma del óvalo cambia segun el modo de exámen: con la imájen recta, por ejemplo, su gran eje es vertical; con la imájen invertida, él es horizontal e inverso.

Coloracion.—La coloracion jeneral de la papila es de un blanco rosado semi trasparente, tinte que le es dado por las fibras nerviosas i por los capilares sanguíneos. Esta coloracion, varía segun los individuos i segun la edad, se presenta de un rojo mas oscuro en los niños i en las personas plétóricas que en los viejos i anémicos. En jeneral, la coloracion de la papila no es uniforme i bajo este punto de vista se divide el disco óptico en tres zonas distintas: en el centro, la papila es blanca en una estension mas o ménos grande. Esta coloracion corresponde a una pequeña escavacion central fisiológica, debida a la inflexion de las fibras nerviosas, cuya dispersion se hace del centro a la periferia. Esta escavacion puede variar de estension i ocupar algunas veces el tercio o el cuarto de la papila. La zona que rodea a la parte central es de un color rosado i es la que representa la casi totalidad de la papila i es principalmente sobre su coloracion que uno se basa para juzgar



del estado normal o Patotájico del nervio óptico. También debemos recordar aquí que la mitad temporal de la papila es siempre mas blanca que la mitad nasal, por la desigual reparticion de las fibras nerviosas i de los vasos sanguíneos. La tercera zona o la mas periférica, está representada por un círculo blanco estrecho i mas o ménos completo, que se le llama anillo esclerótico.

Contorno.—La papila tiene un contorno neto bien limitado i bien distinto de la retina. Está a menudo envuelta en un pequeño anillo blanco completo o de forma de un creciente.

Tamaño.—El diámetro real de la papila es mas o ménos de 1 mm. $\frac{1}{2}$; pero su tamaño aparente depende de varias circunstancias: a) del número de la lente que uno se sirve; b) de la refraccion del ojo observado; c) del procedimiento de exámen, ya sea por la imájen invertida o por la imájen recta.

Así pues, si la lente empleada es fuerte, concentra los rayos luminosos en un pequeño espacio i la imájen que resulta es mas clara, pero mas pequeña. Por otra parte, la papila del ojo hipermetrópe parece mas grande que la del ojo miope, esto se debe a que los rayos luminosos salen del ojo diverjentes en el primer caso i converjentes en el segundo. Es sobre todo, el procedimiento de exámen el que tiene la influencia mas considerable sobre el tamaño aparente del disco óptico. Así el cálculo nos demuestra que la papila vista a la imájen invertida, aparece cuatro o cinco veces mas grande de lo que es en realidad, miéntras que la imá-



jen recta da mas o ménos un tamaño de catorce diámetros.

Vascularizacion.—Los verdaderos vasos nutricios de la papila son los capilares; vienen de varias fuentes: en primer lugar, de las arterias cerebrales por las vainas del nervio óptico; de los ciliares posteriores, i en fin, de los vasos centrales.

Los gruesos vasos que emerjen de su centro, están principalmente destinados a la retina: son la arteria i la vena central. La arteria viene de la oftálmica, penetra en el nervio i llegada a la papila se separa en dos ramas, la una superior i la otra inferior, en llegadas estas ramas a la periferia se dividen i subdividen; pero nunca anastomosándose. La vena central se bifurca en el interior del nervio óptico, de suerte que ella aparece sobre la papila bajo la forma de una o varias ramas que siguen las divisiones de las arterias. Ahora bien, las arterias se distinguen fácilmente de las venas, así: las arterias son mas pequeñas i mas superficiales que las venas, por delante de las cuales pasan, son ménos flexuosas de una coloracion rojo claro i dejan percibir sobre su trayecto un reflejo blanco. Las venas, al contrario, son flexuosas, gruesas, sinuosas i de un color rojo mas sombrío i no presentan el reflejo central blanco.

Las pulsaciones vasculares constituyen un fenómeno no ménos importante i que es necesario conocer su significacion.

El pulso venoso viene despues del pulso radial i no es apreciable sino sobre la papila, en el punto de emergencia de las gruesas venas, no es continuo i existe en



las personas cuya circulacion es acelerada por la marcha. Una lijera presion hecha con el dedo sobre el ojo, lo provoca fácilmente. He aquí la explicacion: cuando el corazon se contrae, los vasos arteriales del ojo reciben una mayor cantidad de sangre. El cuerpo vítreo experimenta una lijera compresion i comprime a su turno a las venas que se hacen mas pequeñas; tan luego como pasa el sístole cardíaco, ellas toman su calibre normal i parecen dilatarse.

Las pulsaciones arteriales espontáneas son siempre patológicas i tienen por orjien una presion intra-ocular exajerada (glaucoma).

Hasta aquí hemos descrito la papila normal, fisiológica; pero ademas existe una papila que se aleja del tipo anteriormente descrito sin dejar por esto de ser tambien fisiológica i me refiero a la papila con escavacion fisiológica. Sabemos que toda papila presenta una lijera depresion central, debida al modo de inflexion que toman las fibras nerviosas para desparramarse en la retina. En ciertos casos esta depresion, es considerable i puede constituir una escavacion que se la ha llamado fisiológica.

Dicha escavacion presenta los caracteres siguientes, que permiten distinguirla fácilmente: 1) toda la parte escavada es blanca; 2) a su nivel, los gruesos vasos, parecen mas profundamente situados; 3) la escavacion fisiológica, es siempre parcial, carácter que la distingue de la glaucomatosa, que es siempre total; 4) no tiene, en fin, ninguna influencia sobre la vision, pues esta permanece normal.



CAPÍTULO II

Teniendo ya un conocimiento mas o ménos detallado de lo que es la papila normal, como tambien de su vascularizacion que es la que nos viene a ayudar para hacer un diagnóstico mas o ménos seguro, de las distintas i variadas afecciones de que puede ser victima la papila i por lo tanto el individuo mismo, paso a describir su patología para despues presentar algunas observaciones que demuestran los resultados satisfactorios obtenidos mediante tratamientos por demas variados.

Una papila atrofiada, es una papila que ha perdido sus propiedades funcionales i que se ha puesto completamente blanca por desaparicion de sus vasos capilares.

La atrofia papilar reconoce por causas, las mas diversas, i bajo este punto de vista, admitimos las cinco principales variedades siguientes:

- 1.^a Atrofia progresiva;
- 2.^a Atrofia consecutiva a la neuritis óptica
- 3.^a « « « isquemia de la arteria central (embolias, trombosis etc.)
- 4.^a Atrofia consecutiva a la retinites pigmentarias i a alteraciones vasculares;
- 5.^a Atrofia glaucomatosa.

Las causas mas frecuentes de atrofia papilar son varias que las pasaremos en revista por órden de frecuencia.

1.^o *Causas espinales.*—De todas las afecciones espinales, es la esclerosis de los cordones posteriores lla-



mada propiamente ataxia locomotriz, la causa mas frecuente.

Así las estadísticas de Galezowski, nos dan 33 casos sobre un total de 116. Las de Leber, 23 casos sobre un total de 87. Parece tener una influencia considerable el sexo i la edad sobre la produccion de la atrofia tabética. Así, sobre 100 casos de esta atrofia existen 80 o 90 que pertenecen al sexo masculino. Ademas la enfermedad respeta a los niños; no se desarrolla jamas antes de los 25 o 30 años i casi nunca despues de los 50 años.

¿Qué relacion existe entre la tabes i la atrofia papilar? Sabemos que la alteracion del nervio óptico no progresa de atras adelante sino al contrario de la periferia hacia los centros, i esto nos lo demuestran los estudios anátomo patológicos que han desmostrado que la dejeneracion gris, es una alteracion que tiene tendencia a darse a conocer por focos múltiples en el gran sistema sensitivo. Ataca los nervios ópticos al mismo tiempo que a la médula i al encéfalo i a veces varios años antes que los centros nerviosos sean tomados. Ahora bien, la esclerosis en placas o la esclorosis deseminada, puede obrar sobre la papila i determinar su atrofia pero esta complicacion es bastante rara i ademas la atrofia presenta en estos casos ciertos caracteres que permiten diferenciarla i sobre los cuales diré algo al tratar del diagnóstico.

Causas cerebrales.—Entre estas como principales podemos citar la dejeneracion ateromatosa de los vasos del encéfalo; las afecciones de las bandeletas ópticas i de los tubérculos cuadrijéminos (esclerosis, resblandecimiento.) La hemorragia cerebral rara vez produce la



atrofia, en cuanto a los tumores cerebrales estos producen mas bien la neuritis óptica antes que la atrofia papilar.

Causas constitucionales.—La atrofia del nervio óptico está a veces manifiestamente ligada a ciertas alteraciones de la sangre, tales como la glicosuria, el alcoholismo, la intoxicacion palustre. Tambien está demostrado que la sífilis puede producir la atrofia simple, es decir una atrofia que no es precedida ni de neuritis ni de coroiditis. Fournier ha dado la respuesta, diciendo que la tabes es a menudo de orígen sifilítico. Tambien las perturbaciones menstruales suelen producir atrofas.

Causas traumáticas.—Las causas traumáticas son una de las causas frecuentes de atrofia papilar, es decir los choques violentos que puede sufrir el cráneo. Así en una estadística de 168 casos de atrofia 22 casos eran producidos por esta clase de lesion. Ahora entre estas atrofas, las unas son producidas por alteraciones del encéfalo (comosion, contusion) i son binoculares; las otras suceden a menudo a una fractura que se prolonga hasta el agujero óptico i son monoculares.

Causas intraoculares.—Entre estas podemos colocar las atrofas consecutivas a una coroiditis, i esta atrofia está caracterizada en su principio por una disminucion de los vasos centrales lo que la hace fácilmente distinguirla de la tabética en que en esta los vasos conservan su calibre normal.

Entre las causas orbitarias tenemos las exostosis, carcinomas, tumores diversos que produciendo una compresion del nervio óptico terminan por producir la atrofia papilar, que se presenta acompañada de va-

rios signos que nos permiten hacer un diagnóstico; así esta lesión es monocular, acompañada de exoftalmia a veces de parálisis de ciertos músculos del ojo.

Atrofia progresiva

La atrofia progresiva, es la forma mas comun de la enfermedad.

Al oftalmoscopio presenta los síntomas siguientes: El aspecto blanco de la papila, que es el signo patognomónico de la atrofia. En esta afección la papila conserva la misma forma i la misma estension que en el estado fisiológico; pero ella pierde su coloración rosada para tomar un aspecto blanco nacarado que la hace resaltar maravillosamente sobre el fondo rojo del resto del ojo. La descoloración del disco es producida por la atrofia de los vasos capilares que vienen de la piamadre, por intermedio del neurilema interno i constituyen sus verdaderos vasos nutricios. En cuanto a los gruesos vasos, ellos conservan sus dimensiones normales i solo las pierden cuando la enfermedad está en un período por demas avanzado.

Al mismo tiempo que la papila se descolora tambien pierde su transparencia, lo que impide ver bien el trayecto de los vasos retinianos. Como esta afección produce una alteración en los elementos de la papila i por lo tanto siendo este punto el locus minoris resistenciæ tiene que ceder debido a la presión intraocular i entonces se produce una lijera escavación de la papila i de aquí que los vasos tomen una lijera incurvación.

Hasta aquí hemos estudiado lo que se puede ver en



la papila por medio del oftalmoscopio, nos queda que observar los síntomas funcionales, que por ciertos son mucho menos importantes para el diagnóstico.

El principio de esta afeccion es por lo jeneral lento, insidioso, solo anunciado por una lijera niebla que vela los objetos i los hace confusos, niebla que es mui pronunciada cuando existe una luz viva i que desaparece por la tarde. La agudeza visual, es rápidamente comprometida, la vision a distancia no le es fácil i deja de ver bien i con nitidez las imágenes a medida que la afeccion progresa esta agudeza visual sigue una marcha paralela hasta perderse toda percepcion luminosa.

La vision feriférica sufre tambien alteraciones importantes. El campo visual se estrecha, este estrechamiento se opera de distintos modos, ya concéntrica-mente, ya por sectores dispuestos a menudo simétrica-mente en los dos ojos. Solo en los casos mui raros por cierto se observa, sea un escotoma central sea un estrachamiento particular del campo visual. (1)



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

(1) Los límites del campo visual, son dados por los puntos mas alejados de la línea visual que producen todavía una sension luminosa.

La estension del campo visual depende de varios factores:

1. ^c Partes vecinas del ojo.—*a*) Párpados: la separacion de la hendidura parpebral por elevacion del párpado superior i el recobro de la comisura alargando el campo visual en las direcciones correspondientes *b*) Esqueleto orbitario i partes blandas que lo recubren: el borde superior de la órbita, así como las cejas, la nariz i el borde inferior de la órbita, pueden



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

La discromatopsia es un síntoma mui importante de la atrofia papilar. El color verde es el primero que desaparece, despues de este viene el rojo, el amarillo i el azul son los colores mas persistentes. Esta desaparicion de los colores no marcha paralelamente con el debilitamiento de la vision; pero tiene un gran valor bajo el punto de vista del pronóstico, pues ella anuncia el progreso de la lesion. Ademas nos sirve de guia a veces para distinguir las atroflas parenquimatosas i

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

privar al ojo de una parte notable de su campo visual, i esto seria mucho mas cuando al globo ocular está mas profundamente situado en la cavidad ósea que lo encierra.

2. ° La situacion del plano pupilar relativamente al borde de la cornea. Mientras mas adelante del borde corneano, está situado el plano pupilar, mas considerable es la estension del campo visual.

3. ° El diámetro de la pupila.—El campo visual debe ser mas estendido para una pupila dilatada que para una pupila estrechada.

4. ° La acomodacion.—El campo visual se dilata en la acomodacion, sin duda porque en este caso el poder refrinjente del cristalino aumenta i la pupila se aproxima a la cornea.

5. ° La forma del globo del ojo.—Sobre un globo ocular mui alargado, las partes periféricas de la retina están mas alejadas del plano pupilar, que sobre un globo ocular acortado en el sentido antero posterior i frecuentemente encorvado en el sentido ecuatorial.

6. ° Estension de la parte sensible de la retina.—M. M. Uschakoff et Donders, han constatado que la retina se estiene de adelante sobre el costado interno del ojo, mas lejos que sobre el costado esterno i ademas que la zona periférica de la parte esterna de la retina es insensible.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

las intersticiales. Otro síntoma de gran importancia es el que el enfermo nos cuenta que ve mejor por la tarde que en pleno día i en esto consiste lo que llamamos Nictalopia.

Las Photópsias, que no son sino sensaciones luminosas que el enfermo vé de cuando en cuando i que se designan con el nombre de fosfénos espontáneos para distinguirlos de otros que son provocados por las corrientes eléctricas etc. Estos fosfénos son debidos a la excitación anormal de las fibras nerviosas. Otro de los caracteres distintivos de esta afeccion i que probablemente a ellos debe su nombre, es la marcha lenta i sin cesar progresiva de la efeccion que llega a la ceguera completa en tres o cuatro años. Otro carácter importante i digno de ser tomado en cuenta, es que la atrofia ataca a los dos ojos ordinariamente con poco intervalo el uno del otro i siempre en un grado desigual, signo que nos sirve para distinguir en su principio las diversas ambliopias tóxicas.

Los enfermos que padecen de atrofia papilar en períodos avanzados presentan una actitud especial que permite fácilmente distinguirlos de otros enfermos que marchan con su cabeza baja é inclinada al suelo como son los que presentan cataratas, a lo que estos llevan siempre su cabeza alta, los ojos miran siempre al cielo buscando siempre luz.

Cuando la atrofia es de naturaleza tabética casi siempre la pupila se nos presenta a nuestro exámen contraída (miosis) lo que nos impide hacer con comodidad el exámen del fondo del ojo. Esta miosis presenta la particularidad siguiente observada por Argyll Robert-



son i que por esto lleva su nombre i que nos sirve en las tabes como uno de sus síntomas cardinales. El Argyll Robertson, consiste en que si al enfermo se le presenta un foco luminoso ante sus ojos, la pupila que está estrechada no reacciona; pero sí reacciona a la acomodacion. Esta contractura de las pupilas no es igual en los dos ojos i puede existir ántes que la atrofia sea declarada.

A veces coexisten con la atrofia papilar ciertos síntomas jenerales que nos revelan una afeccion espinal o cerebral i cuya atrofia es por lo tanto sintomática. Estos síntomas jenerales son a saber: dolores fulgurantes en los miembros inferiores; ausencia del reflejo de la rodilla, llamado tambien reflejo patelar i mas comunmente conocido con el nombre de signo de Vesfals; la pérdida de la sensacion del suelo; dipopia; vértigos; dolores lancinantes en la esfera del trijémino, placas de anestesia sobre las mejillas etc. etc.

Atrofia consecutiva a la neurites optica.

Esta es la segunda variedad de atrofia i que nos presenta caracteres bien determinados que nos permiten fácilmente distinguirlas de las otras.

Al oftalmoscópio notamos los signos siguientes: La papila es blanca; pero a menudo de un color blanco opaco, no deja ver la lámina cribosa i oculta en parte el orijen de los vasos.

Su contorno no es tan neto como nos lo presenta la variedad anterior. Las venas retinianas permanecen

gruesas, tortuosas, irregulares; signos por lo tanto manifiestos de una circulacion defectuosa.

En fin, encontramos a lo largo de los vasos bandas blancas, vestijios de la inflamacion del nervio óptico, causa eficiente de la atrofia papilar.

Las perturbaciones funcionales tienen tambien para el diagnóstico una importancia considerable. Esta atrofia no es de marcha lenta, insidiosa progresiva sino que al contrario es rápida en su evolucion trayendo como consecuencia la pérdida total de la vision en pocos meses. Esta atrofia no es tan poco fatalmente progresiva como la que ya hemos estudiado anteriormente, sino que puede detenerse i permanecer estacionaria siempre que la enfermedad causante se detenga tambien en su desarrollo.—La edad de las personas nos dan tambien bastante luz sobre el diagnóstico puesto que esta atrofia es propiamente el patrimonio de los individuos jóvenes.

Es tambien en esta clase de atrofiás por neurites donde debe colocarse los casos curiosos de atrofiás hereditarias que atacan a varios miembros de una misma familia, entre la edad de 15 i 40 años i que se desenvuelve rápidamente.

Atrofia consecutiva a la isquemia de la arteria central

Esta atrofia es consecutiva a una detension brusca i subita de la circulacion de la arteria central debido a una embolia o a una trombosis. Esta isquemia de la arteria central produce síntomas o signos que nos



la dan a conocer bien claro su diagnóstico. Así esta afección es monocular i sigue a una afección caracterizada por la pérdida repentina i completa de toda visión en el ojo atacado. Estos síntomas son patognómicos de esta afección i nos sirven mas que el exámen oftalmoscópico mismo de la papila.

Atrofia consecutiva a la retinitis pigmentaria

La retinitis cuando llega al término de su evolución da lugar a la atrofia de la papila, por el espesamiento de las paredes vasculares que traen lentamente la abliteración de su calibre i la detención casi completa de toda circulación. En esta atrofia las lesiones vasculares debutan por la periferia, es por lo tanto la visión periférica la tomada primera; de tal modo que un enfermo en este estado puede leer bien los caracteres núm. 4 i núm. 5 de la escala tipográfica. Otro síntoma que acusa el enfermo es la hemeralopia fenómeno que contrasta con la nictalopia que se nos presenta en las otras clases de atrofia i que por esto solo nos permite ya reconocer la naturaleza de la afección. Al oftalmoscopio se presentan los vasos considerablemente estrechados casi filiformes i presentan en todo el largo de su trayecto manchas negras, pigmentarias sobre todo muy abundantes en la rejion de la ora serrata.—Al lado de esta atrofia podemos colocar las atrofas que suceden a coro retinitis i particularmente a la coro retinitis sífilíticas.

Atrofia glaucomatosa

Esta atrofia es producida por compresion. Es la tension intraocular exajerada, el ajente de la compresion i es ese mismo aumento de presion el que produce la escavacion de la papila i que es el carácter esencial de la atrofia glaucomatosa. Los síntomas funcionales son característicos i sobre todo nos llama la atencion en este caso, que no es la vision central la primera que se perturba sino la vision periférica i en primer lugar su mitad interna o nasal.

Diagnóstico de las diferentes clases de atrofi- as papilares

Las diferentes cuestiones que se nos presentan i que debemos resolver son: en primer lugar, la existencia de la atrofia puesto que existen muchas otras afecciones que se pueden prestar a confusiones; en segundo lugar hai que determinar la variedad i por consecuencia sus causas.

Paso a resolver la primera cuestion, es decir, la existencia de la atrofia. Cuando la atrofia de la papila está en plena evolucion es mui fácil hacer el diagnóstico, pues el aspecto completamente blanco de la papila es mui característico; pero en su principio cuando la descoloracion de la papila es mui incompleta todavia no podemos hacer un diagnóstico seguro sino fundándonos en los signos funcionales.

El error que con mayor frecuencia se comete, consiste en confundir esta atrofia con una ambliopia tóxi-



ca, puesto que sus caracteres funcionales tienen mucho de parecido. Sin embargo tenemos algunos signos que nos permiten diferenciarlos así: la amblyopia tóxica, tiene a veces un principio ménos insidioso que la atrofia i la perturbacion de la vision es de un modo rápido bastante pronunciada para que el paciente no pueda leer los caracteres 5 i 4 de la escala tipográfica de Wecker.—En varias semanas se puede llegar en amblyopia a un alto grado de ceguera a lo que en la atrofia se necesita varios meses. Ahora en la amblyopia el debilitamiento de la vision es debido a un escotoma central que se puede precisar bien sus límites i que deja intacta la vision periférica. La perversion cromática existe principalmente para los objetos brillantes, el enfermo confunde los colores sobre todos cuando se los presenta rápidamente i por lo cual algunos autores han llamado a este fenómeno. *Contraste sucesivo de los colores*. En la amblyopia la perturbacion visual se manifiesta con un mismo grado de intensidad en ambos ojos; por el contrario siempre la atrofia nos presenta un ojo mas alterado que el otro. La evolucion de la atrofia es progresiva mientras que la amblyopia tóxica presenta intermitencias; períodos de agravacion o de ameloracion lo que casi nunca acontece en la atrofia.—Por fin la amblyopia nos presenta antecedentes i aun sintomas jenerales de alcoholismo crónico: tales como pituita, temblor de los dedos, calambres, alucinaciones etc. síntomas todos que vienen a confirmar el diagnóstico i a ayudar al exámen oftalmoscópico.

No solo la confusion que hemos visto anteriormente



es la que se puede cometer, sino como ya sabemos que existen diferencia de coloracion de la papila segun la edad, segun los individuos i segun el grado de vascularizacion, i es así como en ciertos casos se cree encontrar una atrofia papilar fundándonos en el exámen oftalmacópico cuando solo la papila es fisiológica i en estos casos dudosos es cuando debemos recurrir al exámen de la agudeza visual, pues su integridad haria cesar toda incertidumbre.

Paso al segundo punto que nos propusimos al comenzar el estudio del diagnóstico, el determinar las variedades de atrofas. Para mayor facilidad del lector copio un cuadro de Galezowski en que espone con mucha claridad este punto.



Tabla sinóptica de las diferentes variedades de atroñas progresivas de las papilas

Atroña progresiva	Atroña por neuritis óptica	Atroña por isquemia de la arteria central	Atroña consecutiva a la rinitis pigmentaria	Atroña glaucomatosa
Papila blanca nacarada. Contorno neto i mui acentuado. Los gruesos vasos conservan durante mucho tiempo su calibre normal. los capilares desaparecen.	Papila blanca. Contorno velado. Arterias fins. Venas tortuosas. Cordones blancos exudativos existen a menudo a lo largo de los gruesos vasos.	Los mismos caracteres que los de la atroña progresiva, solo se notan los vasos centrales desmuidos despues del principio de la afeccion.	Papila blanco rosada i grisácea. Es tado filiforme de los gruesos vasos que pueden acabar por desaparecer. Manchas negras pigmentarias forman una red de mallas mas o ménos largas, en la rejion de la ora serata.	Papila blanca i escauada. Vasos rechazados sobre el costado interno de la papila (con la imájen recta) i formando ganchos característicos en la periferia del disco óptico. Pulso arterial espontáneo.

I. SIGNOS OFTALMOSCOPICOS

Atrofia progresiva	Atrofia por neuritis óptica	Atrofia por isquemia de la arteria central	Atrofia consecutiva a la retinitis pigmentaria	Atrofia glaucomatosa
II. SINTOMAS FUNCIONALES				
1.º Principio lento, incidioso, progresivo.	Principio bastante rápido.	Principio brusco e instantáneo.	Principio muy lento.	Principio sucedido a menudo a ataques de glaucoma agudo; lento insidiosamente en el glaucoma crónico.
2.º La vision central es la primera que se debilita i se pierde progresivamente hasta llegar a la ceguera.	El debilitamiento visual llegado a cierto grado puede permanecer estacionario.	Pérdida inmediata i completa de la vision en el ojo atacado.	La vision central se pierde poco a poco; pero siempre despues de la vision periférica.	La vision central disminuyepoco a poco despues del estrechamiento del campo visual isterno.
3.º La vision periférica se estrecha de una manera concéntrica o por sectores.	Los escótomas centrales o periféricos, son muchas veces frecuentes que en la atrofia progresiva.	Pérdida inmediata de la vision periférica: despues de algunos dias una pequeña claridad aparece a menudo en el campo visual isterno.	La vision periférica se pierde la primera, de una manera regularmente concéntrica.	La vision periférica comienza a perderse, por la mitad interna o nasal.

Atrofia progresiva	Atrofia por neuritis óptica	Atrofia por isquemia de la arteria central	Atrofia consecutiva a la retinitis pigmentaria	Atrofia glaucomatosa
<p>4.º La percepción de los colores parece en el orden siguiente: verde, rojo, amarillo, azul.</p> <p>5.º Nictalópia.</p> <p>6.º Marcha fatalmente progresiva.</p>	<p>La vision de los colores se conserva durante mucho mas tiempo que en la atrofia progresiva.</p> <p>Nictalópia.</p> <p>Marcha progresiva, pero algunas veces estacionaria.</p>	<p>El enfermo, privado de toda vision no puede distinguir ningun color.</p> <p>Nictalópia.</p> <p>La ceguera soudaine es ordinariamente definitiva.</p>	<p>Discromatopsia en los últimos periodos de la enfermedad.</p> <p>Hemeralópia.</p> <p>Marcha estremadamente leuta.</p>	<p>La vision de los colores es largo tiempo conservada.</p> <p>Nictalópia.</p> <p>Marcha progresiva, pero susceptible de ser detenida por la iredectomia o la esclerotomia.</p> <p>Binocular.</p>
<p>7.º Afeccion binocular.</p> <p>8.º Síntomas frecuentes de una afeccion espinal o cerebral (dolores fulgurantes) antigua diplopia.</p>	<p>Binocular cuando la causa es central.</p> <p>Síntomas frecuentes de una afeccion cerebral.</p>	<p>Monocular.</p> <p>Síntomas de una afeccion orgánica del corazon o de lesiones vasculares disciásicas.</p>	<p>Binocular.</p>	<p>Signos jenerales de senilidad, de artrismo o de gota.</p>

Tales son las diferentes variedades de atrofas o sus caracteres por medio de los cuales podemos hacer un diagnóstico con mas o ménos presicion.

Entre las diversas variedades de atrofas progresivas existen algunas que merecen un estudio especial i detenido.

La mas importante de estas atrofas es la tabética; cuya papila presenta un aspecto gris que ha hecho a muchos llamarla atrofia gris por oposicion a la atrofia blanca que pertenece a otras variedades. Además de estos síntomas la atrofia tabética nos presenta al oftalmoscopio la conservacion del calibre de sus gruesos vasos i la ausencia de escavacion porque aquí el tejido celular sustituye al tejido nervoso. La pérdida concéntrica del campo visual; una discromatopsia precoz, la marcha lenta i progresiva de la enfermedad han sido tambien señalados como signos de esta atrofia, signos que no son mui concluyentes i que seria mui temerario con ellos solos hacer un diagnóstico cierto. Como esta atrofia se desarrolla sobre todo al principio de la tabes no se acompaña, por lo tanto, de fenómenos espinales mui pronunciados; pero es mui raro, sin embargo, no encontrar dolores fulgurantes ya sea en los miembros inferiores, ya en la esfera del trijémino. Una antigua dipopia, la ausencia del reflejo de la rodilla o signo de Wesfald, en fin, la miosis cuando existe no reaccionando a la luz; pero sí a la acomodacion, que es lo que constituye el signo de Argyll Robertson, son signos de un gran valor.

Existe tambien otra afeccion nerviosa que produce una atrofia papilar, me refiero a la esclerosis en placas.



Estas difieren de las primeras por el nistagmus que las acompaña por el temblor característico de las manos, llamado de tipo intencional, puesto que solo es producido, cuando se ejecutan movimientos, por la disminucion del campo visual en forma de sector, por la conservacion de la persepcion de los colores i sobre todo por este gran hecho que solo mui rara vez traen la ceguera absoluta. Esta gran diferencia en los síntomas i en la evolucion de la enfermedad, indica necesariamente una diferencia en la lesion; lo que nos conduce a hacer una distincion entre las atrofas parenquimatosas i las intersticiales. Las atrofas parenquimatosas presentan su lesion principal sobre los elementos nerviosos, miéntras que en las intersticiales, la parte mas atacada son los elementos conjuntivos del nervio, que por su proliferacion acaban por destruir al nervio. Estas dos variedades de atrofas tienen por tipo: la primera, la atrofia tabética; la segunda, la atrofia por esclerosis diseminada.

En las atrofas de oríjen cerebral, nos fundamos para hacer el diagnóstico en los distintos síntomas que acompañan a dichas lesiones o que se declaran durante su evolucion: Así la cefalalja, los vértigos, la pérdida de la memoria, los vómitos, las perturbaciones afásicas, paralíticas, hemifléjicas o de oríjen mental, sirven a menudo de cortejo a esta atrofia i revelan su punto de partida.

En cuanto a las otras variedades de atrofas producidas por causas diversas; tales como la glicosusia, la sífilis, la intoxicacion palustre, alcohólica o nicotínica, los traumatismos del cráneo, las perturbaciones mens-



truales, la oftalmia simpática, etc., entran en el dominio de la atrofia progresiva. Su diagnóstico se hace fundándose en los antecedentes i en el estado jeneral del sujeto.

La segunda variedad de atrofia, es decir, la consecutiva a la neuritis óptica, se puede hacer su diagnóstico por los síntomas enumerados en la tabla que hemos visto anteriormente i ademas, haciendo el exámen con el oftalmoscopio por el procedimiento de la imájen recta. Si despues todos los productos inflamatorios acaban por reborverse i si la atrofia por neuritis toma el aspecto de atrofia progresiva se puede todavia diferenciarla por su modó de principio i por las condiciones particulares que han precedido a su desenvolvimiento.

La atrofia por neuritis es curable hasta cierto punto i puede permanecer estacionaria dejando al enfermo una vision bastante satisfactoria en lugar de traer la ceguera como la atrofia progresiva.

En la tercera variedad, la producida por isquemia de la arteria central, tenemos que esta es monocular i que la ceguera ha sido inmediata. Esta variedad de atrofia era ántes exclusivamente atribuida a la embolia de la arteria central; pero hoy se ha visto que tambien la trombosis puede traer el mismo resultado. La existencia de una enfermedad del corazon habla en favor de la naturaleza embólica de la atrofia. La ausencia de afecion cardíaca, la existencia de una diatesis sifilítica o gotosa hablan a favor de una atrofia por trombosis.

La atrofia por retinitis pigmentaria es de un diagnóstico fácil por sus manchas que nos presenta la pupila.



La atrofia glaucomatosa presenta tambien para su diagnóstico la existencia anterior de glaucoma agudo o bien del crónico i ademas dos signos de gran valor tales como el campo visual, que en la atrofia glaucomatosa se pierde solo su parte interna o nasal i tambien el gran signo oftalmoscópico, la escavacion papilar.

Conjuntamente con el tratamiento i al hablar de la terapéutica de cada una de las variedades, diré algo sobre el pronóstico de estas afecciones tan graves.

Tratamiento

La terapéutica de las atrofas papilares es mui variada, puesto que cambia segun la causa que la haya producido. Así como tambien es variable el tratamiento tambien lo es el pronóstico. El pronóstico de las atrofas progresivas es de los mas graves i desgraciadamente son las mas frecuentes, entre estas, colocaremos la de la tabes que tiene un pronóstico mui sombrío. El tratamiento profiláctico de la atrofia tabética nos encuentra casi desarmados; pero fundándonos en las diversas causas productoras que han dado los autores, como ser las fatigas físicas, las impresiones morales, vivas, los resfriamientos, por largo tiempo prolongados, las perturbaciones nutritivas que deterioran la constitucion, los exesos venéreos, etc., es claro que se podría mitigar en parte todas estas causas i así evitaríamos el desarrollo de una enfermedad incurable. Todas las causas anteriormente enumeradas cuando obran en comun, tienen una gran influencia sobre el desenvolvimiento de la atrofia; lo que esplica su frecuencia en los

militares fatigados por las largas campañas. Pero hoy día que la etiología de la atrofia i de la ataxia es la sífilis, opinion defendida por el gran sífilógrafo Fournier podemos instituir un tratamiento profiláctico mas sólido, haciendo que los enfermos combatan durante largo tiempo i con un tratamiento adecuado la sífilis desde sus primeros accidentes aunque se presenten con una apariencia por demas benigna. Para el tratamiento curativo de la atrofia tabélica se han ideado innumerables tratamientos.

Uno de los tratamientos mas en boga, ha sido el nitrato de plata preconizado contra la tabes por Wunderlich, despues por los profesores Charcot i Vulpian i aceptado despues por casi todos los oftalmolojistas. Se le administra bajo la forma de píldoras a la dosis de 0.01 a 0.02 ctg. por dia, píldoras que tienen por escipiente la miga de pan. Casi todos los médicos estan contestes en decir que con este prodijioso remedio han cesado los dolores fulgurantes que es lo que mas molesta a los enfermos; pero los oftalmolojistas parece que no han obtenido los resultados que se esperaban sobre la atrofia sino que al contrario las perturbaciones dijestivas que produce han hecho que se le abandone. Se han preconizado tambien las preparaciones de fósforo i de ergotina; pero no han dado buenos resultados. El yoduro de potasio a la dosis de 2 a 3 grs. constituye uno de los mejores resolutivos que poseemos i que se puede combinar en su administracion con los diferentes tónicos, fierro, quinina; pero con mui poco resultados contra la atrofia papilar.

Tambien se han usado los revulsivos bajo todas sus



formas: cáuticos sobre la rejion raquidiana, fricciones con pomadas irritantes etc, todos estos procedimientos han sido hoi reemplazados por puntas defuego aplicadas en la rejion de la columna vertebral; estas cauterizaciones se repetian cada 6 a 8 dias, son facilmente soportadas por el paciente i son en fin un revulsivo enérgico que tienen una influencia considerable sobre la ataxia; pero en cambio no mejoran en nada el desarrollo de la atrofia.

Llegamos ahora a los dos tratamientos de importancia i que son mui estimados hoi en dia: las inyecciones hipodérmicas de estriénina i las corrientes continuas.

Las inyecciones de estriénina se practican ya en la sien de un lado, ya en la sien del otro lado a la dosis de 5 a 6 gtt. en inyeccion de una solucion que contenga 0.10 de sulfato de estriénina por 10 g. de agua destilada. Estas inyecciones se pueden hacer todos los dias o bien cada dos dias. Estas inyecciones han sido preconizadas por Nagel i por Woinow i son a veces mui eficases contra la atrofia tabética. Ya que anoto este tratamiento, me permito recordar que el año pasado se trató durante mucho tiempo a un enfermo de atrofia en esta clínica por medio de las inyecciones de estriénina, sin obtener el menor resultado i aun mas, sin obtener siquiera la detension en su marcha a la atrofia. Estos mismos resultados han obtenido varias clínicas europeas i solo parece que es susceptible de dar mejoría, a los que tienen atrofia de oríjen tóxico o bien consecutivas a la neuritis óptica i nó a las de oríjen tabético.



La electricidad i sobre todo las corrientes continuas, han estado mui en boga. Para aplicarlas se hace jeneralmente uso de 6 a 8 parejas de la pila de Gaiffe, se coloca el polo negativo sobre los ojos cerrados i el polo positivo detras de la oreja correspondiente, sobre la apófisis mastoides, de modo de electrizar cada nervio separadamente. Ciertos autores prefieren electrizar cada nervio a la vez i colocan los electrodos sobre cada una de las dos sienes. Cualquiera que sea el procedimiento, es conveniente no usar por mas de 2 o 3 minutos la corriente i de suspenderla si se manifiestan vértigos o aturdimientos. Así empleadas las corrientes, producen verdaderos fosfénos en el momento del establecimiento o de la interrupcion de la corriente. Parece que estas corrientes tienen una accion sobre la nutricion del nervio óptico, pero la atrofia gris es revelde tambien a este tratamiento.

Tales son los diferentes medios terapéuticos puestos en uso por muchos autores i hoi aceptando las ideas del Dr. Fournier que considera la sífilis como la causa la mas frecuente de la ataxia, debemos usar los antisifilíticos i entre éstos las preparaciones hidrarjiricas para combatir la ataxia i atrofia i aun para detener su marcha, se usa las fricciones mercuriales a la dosis de 3 gs. por dia, haciéndose éstas en distintas rejiones cada vez i limpiando despues la piel con agua tibia jabonosa. Se asocia a esta medicacion el yoduro de potasio, comenzando por dar de 0.25 a 1 gr. por dia para ir aumentando paulatinamente a medida que se habitúa el organismo. Tambien se han usado las inyecciones intramusculares de sales de mercurio, ya



sean estas de sales solubles o insolubles, que modifican de una manera notable los elementos nerviosos alterados. Entre estos se ha usado el cianuro de mercurio a la dosis de 0.10 centg. por 10 gr. de agua destilada; de esta inyeccion se ponen 5 a 10 gtts. por seccion.

Las inyecciones se practican de preferencia sobre la rejion dorsal i siempre en las partes profundas del tejido celular. Cuando el organismo ha sido ya saturado de sales mercuriales, cuando el virus sifilítico parece violento, el Dr. Bureg ha demostrado los buenos efectos de la metaloterapia *intus et extra* en las afecciones nerviosas en jeneral. El Dr. Galezowski ha experimentado con el cianuro de oro i de potasio en inyecciones hipodérmicas segun la fórmula siguiente: 0.20 ctg. de cianuro de oro i de potasio por 10 gr. de agua destilada. Se comienza por inyectar cada 5 dias, 5 gtts. de esta solucion i se llega progresivamente hasta 10 o 15 gtts., despues se disminuye de un modo gradual hasta llegar a la dosis primitiva con el fin de no fatigar al organismo. Estas inyecciones rara vez producen una irritacion local i en caso de producirla, las aplicaciones frias loco dolente las hacen desaparecer.

Con el tratamiento de las inyecciones se han obtenido numerosos i mui buenos resultados i aun en otros casos se ha conseguido obtener la detension de la enfermedad.

El tratamiento de las atrofiyas progresivas ofrece mayor cantidad de ajentes terapéuticos que las precedentes i son susceptibles de ser detenidas en ciertos casos en su marcha por un tratamiento jeneral i apro-



piado, es decir, dirigido contra la causa que le ha dado origen. Entre estos se usa los revulsivos locales, vejigatorios sobre la frente o las sienas i sobre todo las inyecciones de estriénina i las corrientes continuas que ya hemos pasado en revista.

Las otras atroñas parecen ligadas a perturbaciones cerebrales, vagas i mal definidas i son susceptibles de un tratamiento por los derivados intestinales a los cuales se les agrega débiles dosis de yoduro de potasio i los tónicos de todas clases si el enfermo está debilitado.

El tratamiento de las atroñas que son consecutivas a las neurites óptica, a la isquemia de la arteria central de la retina, a la retinitis pigmentaria i al glaucoma; se confunde con el de estas enfermedades i me seria mui largo enumerarlas aquí, por eso prescindo de ellas i paso a relatar varias observaciones de la clínica del Dr. Cienfuegos en que tratamientos variados han dado resultados maravillosos en la curabilidad de las atroñas papilares.

Observaciones.

I

Rufino Leyton, de 19 años, de oficio gañan, soltero, natural de Santa Cruz. Entró al servicio de la clínica oftalmológica del profesor Cienfuegos el día 4 de Marzo de 1901.

Entre sus antecedentes nos refiere que su padre sufre de reumatismo crónico. La madre es sana, ha tenido

nueve hijos, ningun aborto; de los nueve hijos han muerto tres, uno en la primera infancia de una erupcion jeneralizada a todo el cuerpo no acompañada de fiebre. De los otros dos, uno sufría de la vista. Por parte del enfermo no existen antecedentes ni de alcoholismo ni de lues, por el contrario dice que ha gozado siempre de mui buena salud.

Enfermedad actual.—Data de solo 10 meses. Dice que ha comenzado a cegarse de ámbos ojos sin tener ni cefalalja ni dolor a la vista, solo dice que notaba su vista como entre nieblas, i que era mejor su vision por la tarde que durante el resto del dia. Su poder visual le ha ido disminuyendo paulatinamente hasta llegar al estado que presenta ahora.

Exámen objetivo.—Hombre bien constituido, de pánicula adiposo, musculatura i sistema óseo bastante desarrollado. No presenta estigmas de lues. Corazon, pulmones normales. Hígado un poco aumentado de volúmen. Bazo i riñones normales. Orina 1.800 grs. de reaccion ácida, peso específico 1.018 sin azúcar ni albúmina.

El exámen del sistema nervioso, tanto la sensibilidad especial como la jeneral no nos revela nada de particular. Reflejos tanto los cutáneos como los tendinosos normales.

El exámen de la vista nos dá.

O.D.—Párpados: tanto el superior como el inferior nada de anormal, movimientos del ojo normales. Conjuntiva ocular, presenta un lijero tinte sub-ictérico. Córnea, cámara anterior é iris normales. Pupila un poco dilatada; pero reacciona mas o ménos bien a la luz como tambien a la acomodacion. Cámara posterior i cris-



talino normal. El exámen del fondo del ojo nos presenta la papila de un color blanco gris, los vasos delgados i flexuosos, sus dimensiones normales i sus contornos regulares. La tension intraocular es normal. VOD. cuenta los dedos a 1 mt. 50 cms.

OI—Párpados normales. Conjuntiva ocular lijero tinte sub-ictérico. Córnea, cámara anterior e iris nada de particular. Pupila redondeada, un poco dilatada, reacciona bien. El exámen oftalmoscópico nos da los mismos caracteres del OD. Presion intraocular un poco aumentada.

VOI—Cuenta los dedos a 2 mts.

El campo visual en ambos ojos está bastante estrechado.

Diagnóstico.—Atrofia papilar binocular.

Tratamiento.—Se dió comienzo a él el dia 6 de Marzo. Tintura de nuez vómica 5 gotas dos veces al dia, en las comidas. El dia 13 de Marzo ya se nota en el enfermo cierta mejoría, puesto que tomado el poder visual delante de buena luz nos dió el siguiente resultado: VOD cuenta los de los a 2 mts. 30 cms. VOI cuenta los dedos a 2 mts. 50 cms. Sigue siempre con su tratamiento anterior. El dia 18 de Marzo la vision es mejor todavía. VOD. cuenta los dedos a 3 mts. VOI cuenta los dedos a 3 mts. 30 cms.

El dia 23 de Marzo VOD cuenta los dedos a 4 mts. 30 cms. VOI cuenta los dedos a 4 mts. 8 de Abril VOD normal VOI normal.

La percepcion de los colores en este enfermo era normal.

Se dió de alta el 12 de Abril de 1901.



Observacion II.

Francisco Alarcon, de 56 años, casado, agricultor, natural de Malloa. Ingresó a este servicio el dia 10 de Mayo de 1901. Ocupa actualmente la cama núm. 3.

Antecedentes.—La madre murió de una afeccion al corazon, de la cual adolecia desde mucho tiempo atras. El padre vive i sufre de una afeccion pulmonar (es de constitucion mui débil, se ha enflaquecido, tose mucho i tiene un desgarró moco purulento, ha tenido hemoptises etc.) probablemente tuberculosis. La madre ha tenido siete hijos, han muerto de éstos varios; pero no sabe de qué, Entre sus antecedentes tenemos: que solo ha tenido ligeras perturbaciones gástricas, no hai antecedentes de sífilis ni de tuberculosis. Hace dos años que le dieron un garrotazo en la rejion de la frente i ceja izquierda que le produjo segun él una contusion de las partes blandas, al dia siguiente le apareció una equimosis de los párpados de ambos ojos pero con mayor intensidad en los párpados inferiores, ademas pasó varios dias con la cabeza perdida, no se daba cuenta bien de los fenómenos que pasaban a su alrededor, se le pusieron colorados los ojos, sobretodo el izquierdo, lagrimeo fotofobia etc. Despues de pasada la inflamacion de los ojos i parte de las equimosis parpebrales, nota el paciente que con su ojo izquierdo no ve bien sino como si tuviera ante su vista algo como una niebla; pero al llegar la tarde su vista era mejor, no podia ver bien i con nitidez los objetos lejanos. A veces veia como estrellas luminosas que le pasaban por el ojo; pero esto era solamente cuando habia sol. Como a los



dos meses de tener sus perturbaciones al OI comenzó a sentir los mismos fenómenos al OD. El acortamiento de la vision en los dos ojos ha sido paulatino hasta que se vió obligado a buscar asilo en el Hospital porque su vista le impedia trabajar.

Exámen objetivo.—Individuo de buena constitucion, panículo adiposo, musculatura i sistema óseo bastante desarrollados. No presenta infarto ganglionar de ninguna especie, ni cicatrices. El aparato cardio vascular, pulmonar i digestivo normales. Bazo i riñones normales, Orina 1.600 gramos p. s. 1.019 de reaccion ácida sin albúmina. La sensibilidad jeneral como la especial normales. Reflejos cutáneos i tendinosos normales.

Presenta en la rejion de la arcada orbitaria izquierda una depresion bastante marcada, que hace pensar en la existencia de una fractura anterior con hundimiento que viene a confirmar los síntomas anteriormente dados por el enfermo

Exámen del ojo izquierdo.—Párpados, movimientos del ojo, conjuntiva ocular, esclera, córnea, cámara anterior é iris no presentan nada que llame la atencion. Pupila dilatada i mui floja para reaccionar a la luz i a la acomodacion. Cámara posterior i medios transparentes del ojo normales.

El exámen del fondo del ojo, nos deja ver una papila de dimensiones normales, de coloracion un poco blanquizca en que se ve que ha perdido su tinte rosado normal; su contorno no es mui regular. Los vasos sanguíneos estan mas delgados que en estado normal, un poco flexuosos. La tension intraocular disminuida (-1) La vision del OI es: cuenta los dedos a 0.40 cm. El



campo visual presenta pocas variaciones, solo está estrechado en su parte interna. La reaccion a los colores es la siguiente: el amarillo, el azul, el verde i el morado los distingue bien no así el rojo que lo ve algo negro.

Exámen del OD—Párpados, movimientos del ojo, conjuntiva ocular, esclera, córnea, cámara anterior e iris normales. Pupiladilatada, noreaccionabien. Cámara posterior i medios transparentes del ojo normales. El exámen del fondo del ojo nos deja ver los mismos caracteres del OI, no existe escavacion papilar. La tension intraocular disminuida. La vision es: cuenta los dedos de la mano a 0.50 cm. El campo visual presenta ménos variaciones que el del OI. Todos los colores los ve bien solo el rojo que lo ve negro.

Diagnóstico.—Atrofia papilar doble.

Tratamiento.—Comenzó su tratamiento el 12 de Marzo de 1901, con la tintura de nuez vómica 6 gotas 2 veces al dia en las comidas.

El dia 24 de Marzo la vision era: VOD cuenta los dedos a 0.60 cm. VOI cuenta los dedos a 0.50 cm. Dice sentir una sensacion de peso al OD. 7 de Junio VOD cuenta los dedos a 0.70 cm. VOI cuenta los dedos a 0.50 cms.

En Junio 12 se le comenzó a hacer aplicaciones eléctricas de corrientes continuas, colocando el polo negativo en el ojo cerrado i el positivo detras de la oreja correspondiente. (Estas aplicaciones solo se hacen dia por medio.) El dia 22 de Junio lleva 5 aplicaciones que duran a lo mas $2\frac{1}{2}$ a 3 minutos i con una intensidad de 5 a 6 miriampéres. VOD cuenta los dedos a 0.85



cm.; sigue siempre con la nuez vómica. VOI cuenta los dedos 0.85 cm. Julio 9 lleva 8 aplicaciones eléctricas. VOD cuenta los dedos a 0,87 cm. VOI cuenta los dedos a 0.96 cm. Julio 20 lleva 12 aplicaciones. VOD cuenta los dedos a 1.12 cms. VOI cuenta los dedos a 1.43 cm. El 2 de Agosto lleva 15 aplicaciones. VOD cuenta los dedos a 3.00 mts. VOI cuenta los dedos a 2.80. 8 de Agosto lleva 17 aplicaciones. VOD cuenta los dedos a 3.60 cm. VOI cuenta los dedos a 3.60. El 13 de Agosto lleva 18 aplicaciones eléctricas. VOD cuenta los dedos a 4 mts. VOI cuenta los dedos a 4 mts. El 19 de Agosto lleva 20 aplicaciones. VOD cuenta los dedos a 4 mts. 50 cm. VOI cuenta los dedos a 4 mts. 30 cm.

El 27 de Agosto lleva 23 aplicaciones eléctricas. VOI cuenta los dedos a 4 mts. 70 cm. VOD cuenta los dedos a 4 mts. 60 cm. 5 de Setiembre lleva 25 aplicaciones. VOD cuenta los dedos a 4 mts. 60 cm. VOI cuenta los dedos a 4 mts. 70 cm.

Se fué de alta porque ya podía servirse de su vista.

Observacion III

Francisco Javier Venegas, de 22 años, soltero, mueblista. Natural de Maule. Ingresó al servicio el 18 de Marzo de 1901.

Antecedentes.—La madre sufre de una afeccion jénital; pero no sabe de qué naturaleza, lo demas sin importancia. Entre sus antecedentes no hai ninguno que pueda llamar la atencion, puesto que no hai lues Dice que desde hace muchos años sufre del OD.



Enfermedad actual.—Hace 30 dias sufrió un traumatismo en el OI que le produjo una disminucion del poder visual, lagrimeo, fotofobia i una considerable hiperemia conjuntival. Ademas dice que lo primero que sintió al ojo derecho fué que veia los objetos como empañados, como si estuviesen envueltos en una nube. Dice quedespues del traumatismo del OI la vision del OD ha sido peor.

Exámen jeneral.—Individuo de mui buena constitucion, panículo adiposo escaso, musculatura i sistema óseo bien desarrollados. No presenta infartos ganglionares. El exámen de todos los aparatos es normal. Riñon funciona bien. Orina, cantidad normal, peso específico 1.015 sin azúcar ni albumina. Sistema nervioso normal. Reflejo normales.

Exámen del OD.—Párpados, movimientos del ojo, conjuntiva, córnea, cámara anterior é iris nada que llame la atencion. Pupila dilatada, reacciona mal. Medios transparentes del ojo normales, Presion intraocular normal. El exámen del fondo del ojo, despues de dilatar la pupila con atropia nos dá: la pupila de un color blanquizco, vasos sanguíneos reducidos de calibre. El campo visual es un poco irregular. VOD cuenta los dedos a 1 mt.

Exámen del OI.—En este ojo presenta una úlcera corneal que solo compromete el epitelio corneal. Lo demas del ojo normal. Presion un poco aumentada. VOI $\frac{1}{3}$ de la escala de WeKer.

Diagnóstico.—Atrofia papilar del OD. Úlcera corneal del OI.

Tratamiento.—Voi a relatar solo el tratamiento del



OD Al interior se le dió tintura de nuez vómica el día 19 de Marzo V gtts. dos veces al día, en las comidas El día 23 de Marzo VOD cuenta los dedos a 1 mt. 50 cm. El día 30 de Marzo cuenta los dedos 1 mt. 80 cm. 15 de Abril VOD cuenta los dedos a 2 mt. 30 cm. Este enfermo se fué de alta, vista su enorme mejoría; de desear hubiera sido haber podido seguir la marcha de la enfermedad.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Observacion IV

Apolinario Alvarez, de 45 años, viudo, jornalero. Natural de Combarbalá. Ingresó al servicio el 4 de Marzo. Ocupa actualmente la cama núm. 7 del servicio del Dr Cienfuegos.

Antecedentes.—El padre murio de una efeccion pulmonar, que por los datos que se pueden obtener parece que fué de pulmonia; la madre murió a consecuencias de un parto laborioso que tuvo. Tuvo 7 hijos, un aborto de meses, debido a un golpe que recibió sobre el vientre. De la salud de sus hermanos no sabe por estar ausente de su casa muchos años. Entre sus antecedentes tenemos: alfombrilla en la primera infancia, despues ha gozado de buena salud hasta los 35 años, que tuvo en el miembro un chancro del que sanó mui lijero, sin tener resonancia ganglionar. Como a los 3 meses despues de haber tenido su chancro duro, le aparecieron dolores osteócopos a los huesos, sobre todo durante la noche i era como si le quebraran las huesos, no tuvo dolor a la garganta, ni se le ha presentado ninguna erupcion en el cuerpo. Cuando ya iban desapareciendo



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

los dolores a los huesos, se le hinchó el testículo derecho acompañado de muchos dolores; esto desapareció con el tratamiento antisifilítico que estaba tomando desde que se le presentaron los dolores esteócopos. Al poco tiempo despues sufrió del intestino, se le hinchaba mucho el vientre acompañado de dolores cólicos mui pronunciados, se ponía un poco amarillo; todo esto desapareció despues de haber votado por el ano varias varas de lombriz solitaria.

Enfermedad actual.—Hace tres años que sufre de la vista. Dice que de repente al mirar notó que no veía bien con el OD sino como entre nieblas; pero en la tarde al llegar la oracion ya veía bien. Desde entonces le fué disminuyendo su poder visual en el OD. Además, dice que los objetos los veía como jirando a su alrededor. Los colores los veía mas o ménos bien. A los dos años despues de tener su afeccion al OD notó que su ojo izquierdo presentaba los mismos fenómenos que habia tenido en el ojo derecho.

Exámen objetivo.—Individuo de buena constitucion, de panículo adiposo, musculatura i sistema óseo fuertes. No presenta infarto ganglionar, ni cicatrices de ninguna especie. Corazon, pulmones, hígado i bazo normales. Riñon id., Orina, 1800 gr. amarillo claro, peso específico 1.018 reaccion ácida, sin albumina, sin azúcar, sin pigmento biliar. Sensibilidad especial normal, lo mismo la jeneral. Reflejos cutáneos i tendinosos normales.

Examen del OD.—Párpados, movimientos del ojo, conjuntiva ocular, cámara anterior, esclera e iris normales. Pupila dilatada, reacciona bien. Cristalino,

normal, humor vítreo un poco empañado. La papila se nos presenta al oftalmoscopio de un color blanco, apénas se dejan ver los vasos sanguíneos, que están mui disminuidos de volúmen i que solo se notan en la periferia. El contorno de la papila es mui irregular, existe escavacion papilar. La tension intro-ocular está aumentada (+1). Vision, ve solo claridad. Existe glaucoma crónico.

Exámen del OI.—Párpados, movimientos del ojo, conjuntiva, córnea, cámara anterior e iris normales. Pupila dilatada. Cámara posterior i cristalino normales. Humor vítreo normal. Al exámen oftalmoscópico se vé la papila de un color blanquizco, los vasos sanguíneos mas o ménos normales. La tension intra-ocular es normal. El campo visual es mui reducido i mui irregular. VOI, cuenta los dedos a 0 mt. 30 cent.

Diagnóstico.—Atrofia palpilar doble.

Tratamiento.—Comienza su tratamiento con la tintura de nuez vómica V gtts. dos veces al dia ántes de las comidas, el dia 5 de Marzo 1901. El 18 de Marzo VOD vé solo claridad, VOI cuenta los dedos a 1 vara. El 23 de Marzo VOD vé solo claridad, VOI cuenta los dedos a 1 mt. El 8 de Abril VOD, vé solo claridad, VOI cuenta los dedos a 0 mt. 50 cet., sufre de cefalaljas frontales i le salta mucho el OI. El 23 de Abril VOD, vé solo claridad; VOI, cuenta los dedos a 0 m t. 26 cent. El 1.º de Mayo VOD, vé solo claridad. VOI, la misma anterior, sufre de tos, se le administra pocion pectoral. El 24 de Mayo VOD, vé solo claridad VOI, cuenta los dedos a 0 mt. 34 cet. El 7 de Junio VOD, vé solo claridad. VOI, cuenta los dedos a 0 mt. 50 cent. El dia 11 de Junio

se suspende la nuez vómica i se le receta yoduro de potasio comenzando por un gramo hasta llegar a 5 grs. i aplicaciones eléctricas continuas. El 22 de Junio VOD, vé solo claridad, VOI, cuenta los dedos a 0 mt. 59 cent. El 9 de Julio, lleva 8 aplicaciones eléctricas VOD=O VOI, cuenta los dedos a 0 mt. 76 cent. El 20 de Julio VOD=O VOI, cuenta los dedos a 1 mt. 22 cent., lleva 12 aplicaciones. El 2 de Agosto, lleva 15 aplicaciones VOD=O VOI, cuenta los dedos a 1 mt. 80 cent. El 8 de Agosto, lleva 17 aplicaciones VOD=O VOI, cuenta los dedos a 2 mts. El 19 de Agosto, lleva 20 aplicaciones VOD=O VOI, cuenta los dedos a 2 mts. 30 ctm El 26 de Agosto, VOD=O VOI, cuenta los dedos a 2 mts. 30 cent. lleva 23 aplicaciones. El 5 de Setiembre, lleva 25 aplicaciones eléctricas VOD=O VOI, cuenta los dedos a 2 mts. 70 cent. El 11 de Setiembre lleva 28 aplicaciones eléctricas i su vision era la misma anterior. El dia 23 de Setiembre lleva 31 aplicaciones eléctricas, su vision es: VOD=O VOI, cuenta los dedos a 3 mt. 10 cents. El 28 de Setiembre lleva 33 aplicaciones eléctricas VOD=O VOI; cuenta los dedos a 3 mts. 15 centímetros; i por fin, el 2 de Octubre lleva 35 aplicaciones VOD=O VOI, cuenta los dedos a 3 mts. 30 cents. Con esta fecha se le comienza a hacer al enfermo inyecciones hipodérmicas de estriknina a $\frac{1}{4}$ de milígramo en la sien del OD.

Conclusiones

1.º Que existen atrofiyas papilares, como la tabética i ademas otra forma caracterizada por la abolicion de



la vision periférica con disminucion de la vision central, que son casi del todo incurables.

2.º Que no debemos abandonar el tratamiento de ellas, sino al contrario agotar todos los recursos terapéuticos.

3.º Que muchas atrofas tratadas en su principio, pueden curar o al ménos permanecer estacionarias.

4.º Que existen atrofas, como la de los casos anotados en las observaciones anteriores que son siempre curables, o al ménos detenidas en su marcha, sometiendo a los enfermos a réjimenes i tratamientos especiales i adecuados a cada caso.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

FE DE ERRATAS

PAJINA	LINEA	DICE	DEBE DECIR
9	1	Patotájico	Patológico
9	22	hipermetrópo	hipermétrope
12	18	óptica	óptica
14	6	glicosuria	glicosuria
21	10	abliteracion	obliteracion
25	6	i	ó
26	13	isterno	interno
27	15	disciásicas	discrásicas
29	16	proliferacion	proliferacion
29	25	hemiflejicas	hemipléjicas
29	29	glicosusia	glicosuria
30	11	reborverse	reabsorverse
32	3	Faurnier	Fournier
33	5	repetian	repetirán
34	14	establecimiento	establecimiento
37	17	desarrollado	desarrollados
43	21	atropia	atropina
43	26	epilelio	epitelio

