

# Boletín Médico de México

Periódico de la Academia Nacional de Medicina.

TOMO III.

MEXICO, 15 DE DICIEMBRE DE 1903.

2.a SERIE.—NUM. 24.

## ACADEMIA N. DE MEDICINA.

SESION DEL DIA 2 DE DICIEMBRE  
DE 1903.

PRESIDENCIA DE LOS DOCTORES

Bandera y Ramírez de Arellano.

El Sr. Dr. Altamirano leyó su trabajo de Reglamento, "Nuevas observaciones sobre el plumbagín."

El Sr. Dr. Bandera dió segunda lectura al dictamen sobre méritos del Dr. Emilio F. Montaña, para ingresar á la sección de Física y Química Médicas.

El Sr. Dr. Ramos apoyó el dictamen que encontró justo. La memoria del Dr. Montaña, dijo, no es una copia; sino original. Original por considerar al rayo incidente perpendicular á la cara del prisma y por la graduación de los prismas, para la que el Sr. Montaña hace una aplicación de la división decimal de la circunferencia, propuesta por el ingeniero Mendizábal Tamborrel. Habla de todas las aplicaciones que tiene el prisma en Medicina. Hace ver que la dispersión

de la luz es consecuencia de la refracción y explica la birrefringencia según las teorías modernas, por la velocidad de la luz. Se ocupa del cromatómetro de Chibret, muy usado por los oftalmólogos; es en suma, el del Dr. Montaña, un trabajo completo.

A. Chacón.

## OFTALMOLOGIA.

### MIOPIA DE LOS HIPERMETROPES

Ciertas perturbaciones oculares y algunas otras, aunque sean provocadas por una anomalía de refracción, no pueden ser curadas por el uso solo de vidrios correctores. El caso que voy á referir, es de ello un ejemplo.

En el mes de Agosto de este año, el joven J. L., de 21 años de edad, me consultó acerca de algunos trastornos en su salud que creía eran debidos á la refracción defectuosa de sus ojos.

Además de que su visión era imperfecta, ya para ver á lo lejos, ya para trabajos de cerca, su vista se fatigaba al poco

tiempo de fijarla, para leer, para escribir, etc., y se le ofuscaban las imágenes de los objetos que miraba. Lo que más le molestaba era una cefalalgia tenaz que á veces era provocada por esta fijación de objetos próximos; pero que en otras ocasiones le sobrevenía aun sin esa causa, persistía y le era muy molesta.

Llevaba de un distinguido oculista, el diagnóstico de hipermetropía y una prescripción de vidrios convergentes. El diagnóstico era exacto y la prescripción correcta. Circunstancias especiales que son principalmente de las que me voy á ocupar, hacían, sin embargo, que los anteojos recomendados no solamente no mejoraran la visión; sino que no podían ser tolerados.

Procedí á medir su refracción, por el procedimiento objetivo de la esquiascopia y encontré: ojo derecho,  $H=+1$  dioptría. Ojo izquierdo,  $H=+3$  dioptrías.

Por el método subjetivo de Donders, con el cristal  $-2$  dioptrías, obtenía una agudez visual de  $\frac{2}{5}$ , en el ojo derecho y en el izquierdo, la mayor agudez visual que se pudo lograr con cristales convexos, fué de  $\frac{2}{15}$ , con el  $+4$  dioptrías. Para hacerle leer el último número de las escalas de Wecker con el ojo izquierdo á 5 metros de distancia, fué preciso el vidrio cóncavo  $-1$  dioptría, revelando este examen, una miopía de 1 dioptría. Fácil era no obstante, comprender que esta miopía no era sino aparente y debida ella, lo mismo que las perturbaciones de la visión y la cefalalgia, á un espasmo del músculo de la acomodación. Así se lo hice comprender al enfermo, indicándole, á la vez que el remedio de sus males no estaba, por el mo-

mento, en prescribirle estos ó aquellos anteojos; sino en descansar su vista y en darle reposo al músculo de la acomodación. Le recomendé, por lo tanto, que abandonase por algunos días los trabajos de escritorio á que está dedicado y le prescribí un colirio de sulfato de atropina, al  $\frac{+}{1900}$ , en gotas, instiladas 3 veces al día. Durante este tiempo del tratamiento sólo usó cristales planos oscuros, humo de Londres, sin ningún efecto sobre la refracción, por ser de caras paralelas.

El grado de dilución de la solución de atropina, suficiente para calmar los fenómenos morbosos, que era lo que me proponía, no bastaría, como lo comprenderán los oftalmólogos, para paralizar completamente la acomodación, pues para esto se necesitan soluciones más concentradas y continuar su uso por varios días.

El 31 de Agosto volvió el enfermo á mi consulta. Todos los fenómenos de astenopía, entre ellos el dolor de cabeza, habían desaparecido con el régimen y medicamentos recomendados. Hice nuevo examen de su refracción y le prescribí, para ver á lo lejos  $+0.75$  d. en el ojo derecho y  $+2.50$  d. en el izquierdo y para leer,  $+2$  d. y  $+3.50$  D. respectivamente para el ojo derecho y para el izquierdo.

Lo primero digno de fijarse en ello es que la visión de un hipermetrope puede ser mejorada únicamente por vidrios cóncavos, como si se tratara de miopía. Esto es muy sabido y depende de que, en efecto, el ojo se hace pasajeramente miope por exagerada acomodación, debida al espasmo del músculo acomodador; pero precisamente por ser sabido, debe tenerse

presente, para no cometer un error de diagnóstico.

Hay otro punto de observación sobre el que insistiré, aunque de él me he ocupado ya en diversos trabajos. No es el vidrio que corrige matemáticamente el vicio de refracción el que conviene, en la mayoría de los casos, prescribir, como lo creen algunas personas estrañas á la Oftalmología. En los hipermétropes se observa particularmente esto. No toleran el cristal que corrige su hipermetropía total y esto se pudo notar en el enfermo de que vengo hablando; los vidrios que le recomendé sólo corregían parte de su hipermetropía manifiesta. Según Landolt, se puede corregir la totalidad de la hipermetropía manifiesta absoluta y aun algo más; la hipermetropía manifiesta facultativa, solamente en casos excepcionales y la latente no debe de corregirse.

Principalmente deseo fijarme en la influencia de los cristales correctores de las ametropías, sobre los fenómenos de astenopía, sobre el eye-strain que le llaman los anglosajones.

Los individuos con vicio de refracción deben de usar los anteojos convenientes; pero esto tiene sus restricciones. Es necesario no considerar los vidrios correctores como una panacea, por más que sean muy útiles en multitud de ocasiones. Desde luego, no todo individuo miope, hipermetrope ó astigmico debe llevar anteojos. El uso de cristales sin necesidad, tiene inconvenientes y si no me extendiendo sobre este asunto, es solamente por no salirme de mi programa.

Los vidrios correctores suelen no ser el remedio de la astenopía. El paciente de la observación no soportaba ningún

vidrio, cualquiera que fuera su número: el dolor de cabeza era provocado, lejos de ser curado, por los anteojos.

Lo que no se logró ni hubo podido lograrse con el uso de cristales esféricos, la desaparición de la cefalalgia y de los otros síntomas de astenopía, se obtuvo paralizando la acomodación con un cicloplégico, con la atropina: el verdadero remedio en el caso. La atropina es antiguo; pero precioso medicamento con que cuenta la oculística. Es un magnífico sedante que calma los fenómenos del eye-strain; pero debe de determinarse con precisión cuales sean las indicaciones y contraindicaciones de tan enérgico medicamento, porque mal empleado, no solamente no es útil; sino que se torna en peligroso ó perjudicial. Debemos, con Fuchs, prevenirnos contra el abuso que se suele hacer de ese midriático, para curar por ejemplo, enfermedades que esa misma droga es capaz de producir, como las conjuntivitis foliculares. (1) La atropina provoca, en efecto, una conjuntivitis de ese género. Por lo demás, demasiado conocidos son los accidentes de glaucoma que desarrolla en ojos predispuestos y no hay que olvidar que es una substancia muy tóxica, capaz de provocar fácilmente, fenómenos de intolerancia ó de envenenamiento.

Otra circunstancia que debemos de tener en cuenta, es su posología; una solución débil de alguna sal del alcaloide, (2[1000]), muy útil en afecciones de la córnea, sería insuficiente para tratar una iritis un poco intensa. Con objeto de paralizar completamente la acomodación, para medir la refracción, se requieren

(1) Fuchs. Manuel d'Ophthalmologie, pág. 342.

soluciones muy concentradas relativamente; las pequeñas dosis no bastan en estos casos. Se usa una solución al . . . . 10/1000, una gota en cada ojo, tres veces al día, por espacio de tres días, debiendo de hacerse la última instilación una hora solamente antes del examen de la refracción.

En el número de Setiembre de los *Annales d'Oculistique* acabo de leer un artículo de George J. Bull, de París, en el que combatelas ideas de Donders, hasta hoy admitidas como ciertas, sobre que la astenopía de los hipermétropes dependa únicamente, de fatiga del músculo de la acomodación. Para Bull, es causada, no por fatiga del músculo ciliar; sino por la tensión irregular y desordenada de los músculos de la convergencia. Según sus ideas, no existirían, como se ha creído, una astenopía muscular y otra acomodativa; sino que todas son musculares.

La nueva teoría está expuesta hábilmente por su autor y fundada en experiencias hechas con el estereoscopio de Holmes. Su discusión nos llevaría un poco lejos y la creo merecedora de estudio especial, pudiendo haber algo de cierto en ella; pero desde luego me parece que no se debe ser tan exclusivista como Bull, negando que el músculo de la acomodación fatigado, produzca síntomas astenópicos. La acción eficaz de la atropina en el caso que he relatado y en otros de astenopía llamada acomodativa y el

hecho de ser este medicamento cicloplé-gico, ó sea paralizante del músculo acomodador, demuestran la relación que existe entre la astenopía y la acomodación. Bull explica la favorable acción de la atropina en estos casos, diciendo que cuando se pone en reposo al músculo de la acomodación, sobreviene un cambio de innervación de los músculos exteriores y tal vez allí sea en donde el dolor radique.

Nuevas y repetidas experiencias son necesarias para confirmar ó infirmar la explicación de Bull, en las que se solicite separadamente, ya la acomodación, ya la convergencia y observando en que circunstancias se produce la astenopía y en cuáles no aparece. Aun mirando objetos lejanos, es fácil provocar la acomodación, por medio de cristales cóncavos y la convergencia, con prismas con base hacia afuera y es también sencillo tener en reposo la acomodación aun fijando la vista en objetos cercanos, si la reemplazamos con vidrios convergentes. La misma convergencia de las líneas visuales en un solo punto se puede evitar, con sólo colocar delante de los ojos, prismas con la base del lado de la nariz. Un estereoscopio adecuado, como el que empleó Bull, puede servir para esta clase de experiencias que mucho ayudarán á dilucidar la cuestión.

México, Noviembre 18 de 1903.

*Agustín Chacón.*