

Escuela N. de Medicina.

Rep.
1906
LVA
(11)

LAS PERTURBACIONES OCULARES

DE LA

HISTERIA,

Y SU VALOR DIAGNÓSTICO.

TESIS INAUGURAL

DEL ALUMNO

LUIS S. VIRAMONTES.



MÉXICO.

Tipografía de Müller Hnos.

Avenida Juárez No. 816.

1906.





N el cuadro sintomático de la histeria, tan rico y tan variado, puesto que apenas si alguna función escapa á su influencia patológica, resaltan de una manera notable, ocupando un lugar preferente, las perturbaciones funcionales de la visión, ora sean objetivas, ora sean puramente subjetivas. En el estudio de dichas perturbaciones, se encierra un doble problema: uno, puramente especulativo, que compete tanto al fisiólogo como al psicólogo, cuyo resultado final es el descubrimiento de la fisiología patológica de la perturbación; otro, esencialmente práctico, que compete al clínico, cuyo resultado final es el establecimiento del diagnóstico de la entidad patológica que estudiamos, por medio de las perturbaciones funcionales de la visión.

Aunque de índole enteramente diversa, ambos problemas entrañan la más alta importancia; así, pues, los estudiaré, siquiera sea someramente, dando lugar preferente al segundo, por ser el objetivo que me he propuesto.

Las principales perturbaciones visuales que voy á estudiar, son: la ambliopía, el estrechamiento del campo visual, la discromatopsia, y polyopía.

Comencemos por la ambliopía. Esta perturbación, como es bien sabido, consiste en una disminución más ó menos acentuada, de la agudeza visual, que puede llegar á la amaurosis, ó sea la ceguera completa. Dicho fenómeno, como todos los de naturaleza histérica, se caracteriza por la ausencia de lesión orgánica apreciable; puede ser mono ó biocular, y en el primer caso, aun pasar inadvertido para el paciente, sobre todo, si no es muy acentuado. Otras veces, presenta un carácter que lo hace aparecer paradójico: me refiero á la desaparición de la ambliopía monocular, en la visión biocular. Por último, la manera de presentarse y desaparecer es típica en esta enfermedad; generalmente se presenta de una manera brusca, sin haber experimentado antes el paciente trastornos preliminares de un fenómeno tan serio, como en algunos casos se ha observado: la pérdida de la visión casi simultánea, en ambos ojos. La restitución de las funciones del órgano de la visión, es también verdaderamente asombrosa, pues un enfermo completamente amaurotico, ó en un alto grado de ambliopía, recobrará su vista de una manera instantánea, y esto debido á causas muy diversas; ya es en unos casos la aplicación en la región temporal, de piezas de diversas clases de metales; ya en otros, el paso de una corriente eléctrica; ya, por último, la acción de causas verdaderamente insignificantes y aun

pueriles, pero cuya eficacia es universalmente reconocida y explotada por todo médico en cuyas manos se ha confiado un histérico. Este último carácter que señalo á la ambliopía, lo presentan la inmensa mayoría de las perturbaciones histéricas, por lo cual lo apunto una vez por todas, para no incurrir en repeticiones.

La literatura médica registra en sus páginas varios casos raros de ambliopía histérica, pero ninguno ha herido más vivamente mi atención, por ser tan elocuente y demostrativo, como el que paso á relatar, y que pertenece á la práctica del Señor Doctor Don José Ramos: «Una enferma con histeria, perfectamente caracterizada, (ataques convulsivos y diversos estigmas) vino del Estado de Guanajuato, hace algún tiempo á consultarme; no refiero su historia clínica pormenorizada, por no alargar esta memoria; sólo citaré un hecho que llamo poderosamente mi atención: en el ojo izquierdo, más que ambliopía, había completa ceguera, casi sin percepción luminosa, con integridad del nervio óptico y de la retina, y con midriasis ligera, aunque persistiendo imperfectamente el reflejo pupilar luminoso. La paciente era incapaz de distinguir los movimientos de la mano y no podía conducirse cerrado el ojo derecho. A pesar de todo, colocando ante su ojo derecho, con la arista hacia abajo, el prisma que os presento, y poniendo delante de ella una moneda de plata sobre fondo negro, percibía dos imágenes, de las que una estaba encima de la otra; para convencerme de la realidad del fenó-

meno, cambié la posición del prisma, poniendo la arista hacia arriba; en el acto cambió la posición relativa de las imágenes, quedando siempre en línea vertical; por último, coloqué la arista verticalmente, y entonces las imágenes eran vistas una al lado de la otra, siendo sin embargo, menos nítida, en todas las experiencias, la imagen correspondiente al ojo amaurotico. Aun cuando he repetido estas observaciones en otras histéricas, ambliópicas monoculares, ningún caso me ha parecido tan notable como este, pues la agudeza visual del ojo izquierdo, *era nula en la visión monocular.*» (1)

¿Cuál es el origen de esta ambliopía histérica?
¿Porqué este desacuerdo entre los resultados de la visión mono, y de la biocular?

Parinaud dice que es el resultado de dos alteraciones constantes en la histeria: una de sensibilidad (anestesia retiniana), otra de movilidad (contractura de la acomodación). Estas dos perturbaciones combinadas conducen á la ambliopía: la primera de ellas da lugar á dos síntomas de primer orden que paso á estudiar: el estrechamiento del campo visual y la discromatopsia.

El estrechamiento del campo visual, es un síntoma precoz y bastante frecuente de la histeria. Comienza, en la mayoría de los casos, por la periferia, y sigue una marcha regularmente concéntrica, de donde resulta que, en los casos muy avanzados, puede reducir la función óptica á la

(1) Dr. J. Ramos.—Memoria á la Academia N. de Medicina. 19 de Julio de 1905.

sola visión central, y aun á producir la amaurosis. Como queda dicho, la forma del estrechamiento es generalmente concéntrica, pero se han observado casos en que revista la forma hemióptica y aun formas completamente irregulares, pero muy raras veces la de escotomas.

Buscando las alteraciones oculares que estudio, en las histéricas asiladas en el Manicomio, sólo pude encontrar el estrechamiento del campo visual, característico, en una sola enferma. Del estudio del diagrama obtenido, se deduce que hay un estrechamiento considerabilísimo del campo del azul, en el ojo derecho, al grado de quedar éste encerrado en el del rojo. El campo visual en el hemisferio superior es muy notable, y aunque muy irregular en su forma, se aproxima bastante á la *hemianopsia*. En las demás histéricas que allí existen y que estudié con especial esmero, sólo encontré campos visuales muy irregulares, aunque no precisamente estrechos.

El estrechamiento del campo visual, muy importante ya por sí solo, lo es aun más por la frecuencia con que se acompaña de discromatopsia.

Este fenómeno, que consiste en la dificultad para la percepción de los colores, los cuales se pierden en un orden casi invariable, fué señalado por primera vez por Galezowski y estudiado con mayor esmero por Charcot, Laudolt y Parinaud. Conviene advertir que, al estado normal, el color azul tiene el campo más extenso en la visión, y el violado el más estrecho, lo cual explica que

la pérdida de los colores se haga en el orden siguiente: violado, verde, rojo, anaranjado, amarillo y azul. Esto, como he dicho, en la mayoría de los casos; pero se han observado excepciones inexplicables, como la que consiste en la persistencia de la percepción del rojo, á pesar de que han desaparecido ya el anaranjado, el amarillo y aun el azul.

Tanto el estrechamiento del campo visual como la discromatopsia, pueden presentarse con el carácter de transitorios. Se han citado ya casos en que la extensión del campo visual se modifique considerablemente en el curso de una observación campimétrica, pudiendo bastar para esto, el exceso de atención que el paciente presta durante el examen ó la fatiga del órgano examinado. Ambos fenómenos pueden, igualmente, ser monoculares, en cuyo caso, por regla general, pasan completamente desconocidos para el enfermo y aun para el médico que no practica un examen minucioso. Estas circunstancias han hecho que, en algunas ocasiones, se tome á los histéricos por verdaderos simuladores, error de que nos podremos librar por medio de un cuidadoso reconocimiento.

Cuando los fenómenos mencionados son monoculares, dan margen á hechos verdaderamente anómalos, aun paradójicos, pudiéramos decir; y cuya explicación es un extremo difícil. Tales son los hechos descubiertos por Charcot y Regnard, de que paso á ocuparme.

Una histérica presentaba una discromatop-

sia absoluta para el verde, cuyo color era apreciado como gris; se le presentó un disco en todo semejante al de Newton, pero dividido en sectores rojos y verdes, sectores que la enferma declaraba ver rojos y grises. Sabido es que ambos colores son complementarios, es decir, que por su síntesis, producen el blanco; pero para esto es necesario que los dos sean perfectamente percibidos. Ahora bien, la histérica de Charcot, que como queda dicho, no apreciaba el color verde, veía sin embargo, el disco en rotación, de un color blanquecino y uniforme. Había hecho la síntesis de los colores complementarios no obstante su marcada y absoluta ceguera para el verde. Un caso análogo refiere Regnard, solo que la discromatopsia existía para el rojo.

No menos singular es el fenómeno apreciado por primera vez por Parinaud. Este consiste en que si, examinando separadamente ambos ojos, existe en cada uno de ellos aisladamente discromatopsia para un color dado, violado, verbigracia, este color es, sin embargo, perfectamente apreciado en la visión biocular. Otro caso notable y no menos anómalo que los mencionados, es el citado por Parinaud y Pitres en los términos siguientes: "Un cuadrado de papel verde es visto gris con el ojo izquierdo, anormal, y verde con el derecho, sano. Si se coloca ante el ojo derecho un prisma que haga ver dos imágenes del papel, en lugar de que una sea verde y la otra sea gris, como debiera esperarse, las dos imágenes son verdes."

Ahora bien, tanto en el caso de la histérica ambliópica, casi amaurótica del Doctor Ramos, (cuya amaurosis desaparecía colocando un prisma ante su ojo sano) como en las histéricas de Charcot, Rogers, Parinaud y Pitres, en las cuales la perturbación cromática desaparecía, ora por el empleo del disco giratorio, ora por el de un prisma, se hacía intervenir la visión biocular.

¿Cuál es la causa de todos estos hechos, en apariencia paradójicos? ¿Cómo explicar satisfactoriamente que en la visión monocular existan perturbaciones funcionales tan profundas, y que durante la visión biocular desaparezcan tan radicalmente, no como si fueran modalidades de una misma función, regidas ambas (la visión mono y la biocular) por las mismas leyes, sino como resultados de funciones diversas, regidas por principios totalmente distintos? Voy á enumerar á continuación las hipótesis formuladas para explicar tales paradojas, sin acudir al añejo subterfugio de declarar que todo en la histeria es caprichoso.

Binet, fundándose en las experiencias de Teré, dice: "Cuando los dos ojos están abiertos al mismo tiempo, las excitaciones visuales recibidas por cada uno de ellos, ejercen sobre el otro ojo, sobre su sensibilidad cromática, sobre la extensión del campo visual, una acción dinámogéna". Al admitir este autor los efectos dinámogénicos de las excitaciones sensoriales, en los términos expresados, acepta en los órganos de

la visión una solidaridad íntima, profunda, aun para las manifestaciones patológicas.

Parinaud y Pitres, por su parte, formulan una hipótesis demasiado sencilla y fácilmente comprensible que, de más á más, explica perfectamente el fenómeno, pero que necesitaría ser comprobada en toda su extensión. Ellos admiten que son distintos los centros que presiden á la visión mono y biocular; que, por consiguiente, pueden muy bien ser percibidas las imágenes, producto de la visión biocular, y no las de la monocular, pues mientras que los centros cefálicos de la primera están intactos, los de la segunda pueden estar paréticos ó aún completamente paralizados. En verdad que la hipótesis no puede ser más sencilla ni más plenamente explicativa. Ya los trabajos de análisis más perfectos, se encargarán de corroborarla ó de destruirla; la presento á título de hipótesis.

Bernheim, el apasionado de la psicología patológica, dice que: "la persona histérica, neutraliza inconscientemente con su imaginación la imagen visual percibida". En otros términos, según él, todo se reduce á un acto de autosugestión inhibitoria por parte del histérico.

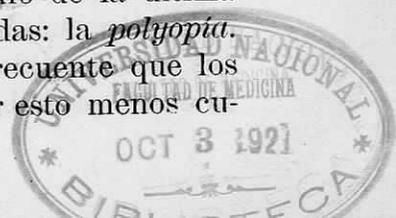
Por último, expondré la doctrina profesada por el ilustre clínico de la Salpêtrière. Comenzaré por recordar que la histeria, como la epilepsia, como la corea, y como todas las enfermedades clasificadas hasta hoy en el capítulo de las *neurosis*, es una entidad morbosa "sine materia," es decir, un estado patológico en el cual, y por

nuestros medios actuales de investigación, no se ha llegado á encontrar una lesión constante, específica, digamos así, de cada una de las llamadas neurosis. Bien entendido que esto no quiere decir que en estas enfermedades no haya una lesión que explique el cuadro sintomático de ellas; sino que, se supone, que dichas lesiones no son morfológicas, sino de orden puramente funcional, dinámico; lesiones que por lo mismo, no se revelan al microscopio por un cambio de estructura de los tejidos orgánicos. Estas lesiones dinámicas han sido especialmente admitidas por Charcot para la histeria y hé aquí cómo explica los fenómenos paradójicos que he mencionado: en el histérico no hay lesión alguna en los órganos receptores, ni en las vías de transmisión, como tampoco en los centros cerebrales de percepción; una sensación exterior cualquiera, luminosa, acústica, calorífica, etc., es recibida por el órgano del sentido correspondiente y es transmitida al centro cerebral de percepción; pero al llegar á éste, no produce ya esa reacción misteriosa, hasta hoy perfectamente desconocida para todos, que transforma la sensación en juicio y de allí que la acción no despierte ya la reacción normal. Pero que lleguen dos sensaciones á la vez á impresionar centros de percepción distintos, uno sano, enfermo el otro, y de cuya doble impresión resulta un juicio, producto de una reacción, no del primero ni del segundo centro, sino del funcionamiento sinérgico de ambos que han fundido la doble impresión, y la convertirán en

un juicio. Así por ejemplo, la histérica del propio autor, cuya discromatopsia para el verde era absoluta, en la visión monocular, y que desaparecía en labiocular, puesto que veía blanco el disco de sectores verdes y rojos en rotación, se explica fácilmente según su teoría: el centro cerebral de percepción del color verde, no reaccionaba ya por la impresión luminosa de dicho color; este no era juzgado, pero obraba aún *físicamente* sobre el centro; ahora bien, dicha sensación, unida á la del color rojo, recibida por un centro perfectamente normal, despierta una *percepción* distinta de las dos anteriores; por eso el color blanco, sensación sintética de las dos anteriormente citadas, si es percibido, juzgado.

Tales son, brevemente expuestas, las doctrinas reinantes hasta hoy. ¿Cuál de ellas encierra la verdad? Imposible resolverlo en el estado actual de nuestros conocimientos; pero, en mi humilde concepto, la que tiene más visos de verdad, la que se presenta con mayor elocuencia y explica la cuestión propuesta de una manera sencilla y satisfactoria, es la profesada por el eminente neurologista Charcot. Esperemos sin embargo, que las investigaciones bien dirigidas de los analistas y de los experimentadores que vendrán, corroboren ó rectifiquen lo que hoy es simplemente una hipótesis.

Pasaré, finalmente, al estudio de la última de las perturbaciones enumeradas: la *polyopia*. Este síntoma, aunque menos frecuente que los estudiados hasta aquí, no es por esto menos cu-



rioso ni menos interesante. La forma que revisite con más frecuencia, es la diplopía monocular. Consiste en que, haciendo cerrar al paciente su ojo sano, si se le presenta en su ojo histérico un objeto cualquiera, este no es visto con claridad sino á una distancia dada, fuera de la cual vé el paciente una imágen doble y poco precisa de dicho objeto.

Recordaré que, al estudiar la causa de la ambliopía, asenté que, según Parinaud, tal fenómeno obedecía á dos alteraciones: una de sensibilidad, anestesia retiniana, y otra de movilidad, contractura de la acomodación. Ahora bien, en concepto del propio autor, dicha contractura se efectúa con desigual intensidad en los tres segmentos del cristalino, lo cual explica que el paciente vea hasta tres imágenes de un solo objeto, correspondiendo una á cada segmento desigualmente afocado. Este mismo defecto en la acomodación, explica, igualmente, otros dos síntomas que acompañan á menudo á la ptyopía monocular: me refiero á la megalopsia y á la micropsia, fenómenos que basta mencionar.

Estas son las principales alteraciones oculares que forman parte del cortejo sintomático de la histeria. En esta primera parte de mi estudio, como advertí al principio, me propuse describir cada una de ellas, indicando en qué consisten, cuál es la forma bajo la que se presentan generalmente, cuáles los casos raros y mas importantes que han sido observados, y cuál, por último, la causa probable ó cierta que las determina. Pa-

semos ahora á la segunda parte, la que compete al clínico, y que mayor interés presenta desde el punto de vista práctico: justipreciar su valor diagnóstico.

Si grande es la importancia que tiene el diagnóstico de una perturbación funcional de origen histérico para diferenciarla de una lesión orgánica, esta importancia crece de una manera notable cuando se la considera desde el punto de vista del pronóstico, y sobre todo, del tratamiento. La base principal para fundar el diagnóstico de las perturbaciones en cuestión, es, apenas parece necesario decirlo, el examen del fondo del ojo. Este es el momento de encarecer la gran utilidad, permítaseme decir, la necesidad imperiosa, de que todo médico sepa practicarlo, si quiere guardar, con el debido celo, el prestigio profesional y los altos intereses que los pacientes ponen en sus manos. Seguramente que no será posible pretender que el médico, que no está versado en oftalmología, sepa explorar el delicado órgano de la visión como un especialista en la materia; pero seguramente, también, le bastará tan solo que sepa distinguir cuándo dicho órgano es normal, y cuándo patológico para que, en la mayoría de los casos, pueda llenar satisfactoriamente, su difícil misión. Así, por ejemplo, si llega á sus manos un enfermo para el cual ha desaparecido la luz de una manera súbita, y des-

pués de un cuidadoso examen encuentra normal su órgano visual, seguramente que su pronóstico no será sombrío, y, á pesar de no ser especialista, podrá encargarse del tratamiento de ese enfermo, con la seguridad de restituirle, en plazo más ó menos largo, la importantísima función perdida. De aquí, pues, que el primer dato, y quizá el más valioso para el diagnóstico, sea el negativo que se desprende del examen oftalmoscópico: ausencia de lesión orgánica ostensible, ó presencia de alguna, de tal manera insignificante, que sea incapáz de explicar por sí sola, la perturbación en estudio.

El segundo carácter, por orden de importancia, es la aparición súbita de estas perturbaciones, generalmente ocasionadas por emociones violentas ó por causas verdaderamente baladíes. Este carácter de las perturbaciones oculares de la historia (y muy particularmente de la ambliopía, que en el breve plazo de unas cuantas horas puede llegar hasta la ceguera completa y aun atacar, á ese alto grado, ambos ojos,) es de tal manera importante, que unido al anterior, ausencia de lesión oftalmoscópica, es bastante para fundar con certidumbre el diagnóstico de naturaleza de la perturbación, y, por consiguiente, el pronóstico y el tratamiento correspondientes.

La marcha de la perturbación, es otro dato muy valioso y puede aún llegar á ser decisiva su importancia, cuando los dos caracteres anteriormente señalados, por una circunstancia cualquiera, han dado lugar á una duda. La marcha

de estas perturbaciones, caso de ser de naturaleza histérica, es completamente anómala, y por regla general mucho mas rápida de lo que correspondería á una perturbación funcional de naturaleza orgánica.

Por último, la desaparición misma del fenómeno es tan brusca é injustificada, como lo fué su aparición.

Para poner de manifiesto los caracteres señalados, por medio de un caso práctico, citaré el siguiente, notable por mas de un título, y que debo á la bondad de mi distinguido maestro el Señor Doctor Ramos:

«Hace tres años fuí llamado urgentemente, á altas horas de la noche, en Toluca, para prestar cuidados médicos al joven F. V., que según se me dijo, acababa de cegar violentamente.

«Por el enfermo mismo supe, que después de un violento acceso de cólera, había perdido bruscamente la vista en ambos ojos, de una manera tan completa, que no distinguía la luz, de las tinieblas, lo cual, como se comprende, le causó el mayor espanto. Por el examen directo pude convencerme de que no había exageración en el dicho del paciente; no apercibía la claridad de una vela aproximada á tan corta distancia de sus ojos, que casi le quemaba las pestañas; las pupilas, excesivamente dilatadas, no presentaban el menor vestigio de contracción refleja bajo la influencia de las excitaciones luminosas. Un examen oftalmoscópico profundo y detenido, me demostró que no había ni la más ligera altera-

ción en el fondo del ojo derecho, y que en el izquierdo solo existía una pequeñísima hemorragia puntiforme, arriba de la papila, y muy lejos de la mácula, que presentaba su aspecto normal. Como se vé, esta alteración, verdaderamente despreciable, era incapaz de explicar una amaurosis tan completa, y que se presentaba en los dos ojos al mismo tiempo. El enfermo estaba pálido, trémulo, excitado, con todos los caracteres de un violento estado nervioso. Mi pronóstico fué muy reservado, sabedor que en ciertos casos raros, una hemorragia encefálica pequeña, puede obrar sobre los centros visuales, originando una ceguera súbita, seguida de atrofia de la papila, y por consiguiente, incurable, sin que trastornos de movilidad ó de otro género acompañen á la perturbación visual. Los hechos de que tengo noticia, debidos á esta causa, *no han originado*, sin embargo, *amaurosis completa*, si no mas bien *escotema central*, *por lo común en uno solo*, y que puede terminar en atrofia. A pesar de esto, manifesté á la familia mis temores sobre los resultados de este caso, y sometí al enfermo á un tratamiento antiespasmódico, para calmar su excitación nerviosa. Al día siguiente comencé á emplear las corrientes eléctricas, la nuez vómica y los revulsivos sobre las regiones temporales. Para completar lo extraordinario del caso, el paciente recobró la vista tres días después, casi por completo, no quedando sino la parálisis de la pupila y del músculo acomodador, lo que impedía ver los objetos próximos, cuya parálisis á su

vez, desapareció transcurrida una semana.» (1)
 No podía ser mas elocuente el caso que he referido. En él vemos confirmados, uno á uno, todos los caracteres generales que he señalado para identificar los fenómenos histéricos. De más á más, el paciente es un varón, lo que aumenta considerablemente su valor, pues demuestra que fenómenos tan singulares, pueden perfectamente producirse en un organismo masculino, amenguando notablemente las diferencias que en el desarrollo de la histeria puede imprimir el sexo. Pero examinemos los caracteres mencionados: en primer lugar, la causa ocasional del accidente, fué una emoción intensa, violenta, un acceso de cólera; su aparición no podía haber sido mas súbita, pues, según dice adelante el Sr. Dr. Ramos, «realiza el dicho vulgar de cegar de la cólera.» La marcha misma de la amaurosis confirma también el carácter señalado para la de origen histérico, pues el plazo brevísimo de tres días, fué suficiente para que el enfermo recobrar la vista, lo cual no es ciertamente la evolución que correspondería á una lesión orgánica, cualquiera que sea la causa que se le suponga. Realiza igualmente la circunstancia de no presentar lesión que explique el accidente, pues solo hubo una *pequeñísima hemorragia puntiforme*. Por último, recuperó el paciente la función perdida, de una manera casi repentina y bajo la influencia de un tratamiento antiespasmódico y sugestivo.

(1) Tesis de agregación del Sr. Dr. Ramos, para el concurso de profesor adjunto de patología interna. 1887.

Estudiados los caracteres comunes que permiten identificar las perturbaciones oculares, como de origen histérico, pasaré ahora á estudiar los especiales á algunas de ellas, que permiten diferenciarlas de perturbaciones semejantes, de otra naturaleza.

Los autores señalan como carácter peculiar á la ambliopía histérica, la conservación del reflejo pupilar fotomotor; en otros términos, que las pupilas conservan su contractibilidad á la influencia luminosa, y hacen de este carácter un signo diferencial con las ambliopías de otra naturaleza (tabética, alcohólica) en las cuales falta el mencionado reflejo fotomotor. Este carácter no es constante en la ambliopía histérica, pues en el caso anteriormente mencionado, así como en otro observado por el propio autor, en que la histérica no distinguía la luz de las tinieblas, presentaba sus pupilas muy dilatadas y casi no reaccionaban bajo la influencia de la luz. (1) La falta del reflejo pupilar, no es pues, un signo de diagnóstico diferencial preciso, lo cual está de acuerdo con los estudios recientes de Parinaud. Felizmente los caracteres antes estudiados, bastan por sí solos, en la inmensa mayoría de casos, para fundar con seguridad el diagnóstico.

El estrechamiento del campo visual tiene en particular su variabilidad, tanto en el grado como en la forma. Esto puede conocerse y apreciarse, practicando varios reconocimientos suce-

(1) Dr. Ramos.—Breve nota sobre la ceguera nerviosa.

sivos y comparando los resultados obtenidos. Indiqué ya en su oportunidad, que aun se han dado casos en que ha variado la extensión del campo visual en el curso mismo de una exploración, lo cual no sucede cuando el estrechamiento proviene de otra causa morbosa.

La discromatopsia histérica se diferencia de las demás, en el orden casi invariable en que desaparecen los colores, y que es el señalado al estudiar este fenómeno. Si á esto se agrega la circunstancia de que el color no apreciado aisladamente, puede serlo, sin embargo, en el color complementario ó en el compuesto, la confusión es imposible.

Finalmente, la diplopía ó la poliopía monoculares, se caracterizan por el solo hecho de ser *monoculares*; pues en los dos únicos casos en que se observa diplopía monocular, luxación del cristalino y policoria, son tan marcadas las alteraciones, que no es posible la confusión. Cuando este fenómeno es producido por una parálisis de alguno de los músculos motores del globo ocular, la doble imagen se observa *solamente en la visión biocular*, ora corresponda cada imagen al ojo del propio lado que ella, diplopía homónima, ora al lado del lado opuesto, diplopía cruzada.

Al avalorar los accidentes histéricos que acabo de estudiar, desde el punto de vista del diagnóstico, he supuesto el caso más difícil en la práctica: aquel en que dichos accidentes se presentan como manifestaciones primitivas de la histeria. Parece ocioso decir que cuando el paciente ha

presentado ó presenta aún algún estigma ó accidente, el diagnóstico etilógico de la perturbación en estudio, queda firmemente asegurado. Por supuesto, que no pretendo, ni mucho menos, que por el solo hecho de presentarse una alteración ocular en un histérico, se ha de declarar "á priori", que aquella es de idéntica naturaleza; sino que, creo firmemente que cuando la alteración reúna los caracteres antes estudiados, ó los principales de ellos, y se presente en una persona de antecedentes histéricos, no hay lugar á vacilaciones; el diagnóstico se impone.

México, Enero de 1906.

Luis S. Viramontes.

