

Edgar Degas y la degeneración macular

Dr. Juan Luis González-Treviño*; Dr. Jesús Hernán González-Cortés**; Dr. Jair García-Guerrero***

Un cuadro debe ser pintado
con el mismo sentimiento con que
un criminal comete un crimen.
Edgar Degas

RESUMEN

Cuando la armonía visual se ve transgredida por distintos factores externos, las diversas características de la visión dejan muestras de su afección de varias manifestaciones, mismas que dependen del individuo en cuestión. En este ensayo se habla del pintor Edgar Degas y su transgresión visual provocada por la degeneración macular que afectó sus ojos en la vejez, documentada por la impresión en su obra pictórica. En los últimos años de su producción abandonó la técnica del óleo por el pastel debido a su crónica patología macular. Los trabajos monocromáticos que realizó en su vejez se han asociado a las distorsiones en el campo visual, típicas de una maculopatía.

Palabras clave: Degas, maculopatía.

SUMMARY

When the visual harmony is transgressed by different factors, the diverse characteristics of vision leave samples of its affectation in several manifestations depending on the individual. In this essay Edgar Degas' pictorial work and his visual transgression caused by macular degeneration are analyzed. In the last years of his production, Degas left the oil technique, due to his chronic macular pathology. The monochromatic works that Degas realized in his old age have been associated to the distortions in the vision field, typical of a maculopathy.

Key words: Degas, maculopathy.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos visuales obedecen a la transgresión de distintos factores que armonizan la fisiología visual. A lo largo del tiempo, el hombre ha padecido y tratado las patologías oculares, mejorando su intervención terapéutica cada vez más. Aun así, se siguen presentando enfermedades cuya epidemiología deja muestras en las distintas esferas de la vida de la sociedad, como aquéllas que afectan a líderes, artistas, pensadores o gobernantes de una población.

Es entonces cuando la obra de estos personajes (pinturas, literatura, música) es una evidencia científica para el análisis de su enfermedad (1, 2).

En el presente ensayo se aborda la problemática ocular que afectó al pintor Edgar Degas, quien en los últimos años

de su producción abandonó la técnica del óleo por el pastel debido a su crónica degeneración macular. Los trabajos monocromáticos que realizó en su vejez se han asociado con las distorsiones en el campo visual, típicas de una maculopatía. Brevemente se hablará de la vida de este ilustre pintor, quien sobrevive en sus lienzos a casi cien años de su muerte (3-6).

EDGAR DEGAS: SU VIDA

Edgar Degas nació en París en 1834, en el seno de una familia noble y culta. (Figura 1). Su madre era de origen norteamericano, pero murió cuando Degas tenía 13 años. Su padre, Auguste Degas, era un banquero amigo de coleccio-

*Servicio de Oftalmología. Instituto Mexicano del Seguro Social

** Servicio de Retina. Departamento de Oftalmología. Hospital Universitario "Dr José Eleuterio González" de la Universidad Autónoma de Nuevo León

***Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey

Correspondencia: Dr. Juan Luis González-Treviño. Centro Médico Monterrey, Consultorio No. 313. Hidalgo Pte. 2480 Col. Obispado, Monterrey, N.L. CP 64060 . Tel: 8151 8473, 8151 8400 ext 172, 8151 8400 ext 196. drjuanluisgonzalez@prodigy.net.mx



Fig. 1. Autorretrato 1855. Óleo sobre tela. Musée d'Orsay, París, Francia.



Fig. 2. Retrato de Marguerite, hermana de Degas. 1858-1860. Óleo sobre lienzo. Musée d'Orsay, París, Francia.

nistas y enamorado de las artes, aunque negado a educar artísticamente a su hijo. Junto a su padre, Edgar visitó varias veces el Louvre, y estas visitas fueron las que lo impulsaron a enamorarse de la pintura.

El joven Degas inició la carrera de Derecho, la cual abandonó en 1854, a sus veinte años, para dedicarse a la pintura. Así, ingresó en la Escuela de Bellas Artes como discípulo de Louis Lamothe, quien le inculcó el amor por los pintores clásicos del Renacimiento y el culto al dibujo.

En 1856 realiza su primer viaje a Italia, en el que se siente atraído por la obra de Gustave Moreau, quien le influencia para variar su estilo lamothoniano que, según su padre, era de colores fríos y apagados.

De regreso a su natal París, empieza a enviar cuadros al Salón Oficial, el cual era el único medio por el cual los pintores jóvenes se podían dar a conocer. Sin embargo, pese a trabajar arduamente en temas históricos y en el retrato, considerados de buen gusto por los críticos, para 1860 Degas era aún desconocido para el público.

Otro de sus influyentes fue el célebre pintor Manet, líder de los artistas jóvenes, a quien conoció mientras Edgar copiaba *La Infanta Margarita*, de Velázquez, en el Louvre. Manet lo introdujo en los ambientes parisinos de moda, que causaron un cambio en la temática de su obra, una aclaración de su paleta y una perspectiva de la figura humana más estudiada, que posteriormente se hace evidente en retratos como el de su hermana Marguerite (Figura 2). Su obra su-

frió una pausa cuando, en 1870, Degas se enlistó en el ejército nacional, que defendía París. Aquí es donde por primera vez se le diagnostica una baja agudeza visual, que empeoró durante el resto de su vida.

Finalizada la guerra, Degas visitó a su hermano René en Nueva Orleans. Aquí hizo retratos de algunos de sus familiares trabajando, y fueron expuestos en la primera exhibición impresionista de 1873 (Figura 3). Al año siguiente murió su padre, dejando a su familia con varias deudas que fueron cubiertas con el patrimonio de Edgar y René. Sin casa ni capital económico, Edgar Degas continuó vendiendo sus obras con un éxito progresivo, hasta que recuperó su fortuna y reinstaló su colección de trabajos de artistas que el admiraba, como El Greco, Delacroix, Cézanne, Gauguin, Van Gogh, Ingres y Manet.

A medida que los años pasaron, Degas se aisló, en parte debido a su creencia de que "un pintor no puede tener vida personal". Mientras, trabajó en pastel hasta fines del año 1907, y también haciendo escultura hasta fines de 1910. Dejó de trabajar en 1912, cuando la demolición de su residencia en la rue Victor Massé lo forzó a mudarse al boulevard de Clichy. Nunca se casó y pasó los últimos años de su vida prácticamente ciego "vagando sin sentido por las calles de París", hasta morir en 1917 (7, 8).



Fig. 3. Retratos de la oficina de algodón de Nueva Orleans. 1873. Óleo sobre lienzo. Musée des Beaux-Arts, Pau, USA.

LA DEGENERACIÓN MACULAR A TRAVÉS DE SU OBRA

Es probable que Edgar Degas haya padecido una degeneración progresiva de su retina macular. Las primeras manifestaciones de esta enfermedad son la visión borrosa y la metamorfopsia, las cuales son consecuencia de una visión central deteriorada de manera crónica. Debido a que el maestro sí era capaz de caminar por las calles de su natal París, se asume que el defecto retiniano no se encontraba en la retina periférica. Además, los hallazgos tampoco sugieren cataratas, aunque éstas pudieran haber sido bien detectadas y reconocidas en su tiempo (9).

Existen referencias de la "falta de firmeza de la vista" que a mediados de 1880 afectó a Degas. En este tiempo, aun era capaz de leer el periódico, e incluso se puede suponer que su visión era, a esa edad, de 20/40 o 20/50 (9, 10).

Para estos años (1890-1900), las pinceladas las enfocó en los detalles de sus bailarinas y en las toallas de sus torsos desnudos (Figura 4). Con el deterioro progresivo de su visión, estos detalles fueron cada vez menos cuidados, siendo evidente una modificación en la disminución para definir los contornos, las características particulares de los elementos que participaban en las obras, así como una franca modificación de la apreciación colorimétrica del ambiente. Diversos estudios muestran el espaciado de sus líneas en proporción a su deterioro visual por tres décadas (11, 12).

Después de 1900, estos efectos estaban realmente al extremo, y muchos cuadros parecen no más que sombras de su estilo de costumbre, que hacen pensar en la posibilidad de

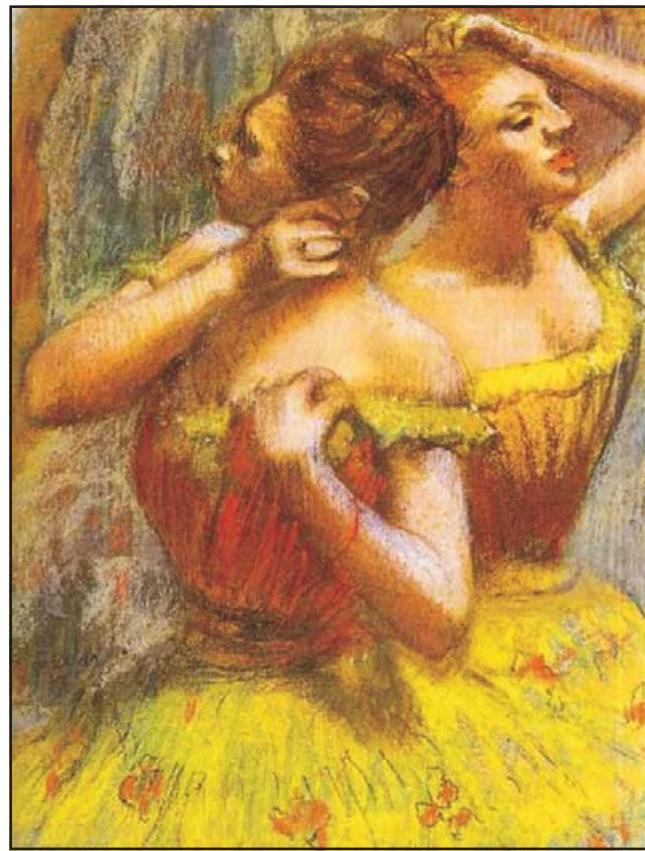


Fig. 4. Dos bailarinas. 1898-99. Pastel y carboncillo sobre papel. Colección de Otto Krebs. Ahora en el Hermitage, St. Petersburg, Rusia.

que sean mejor vistos por sus ojos que por unos normales. Los cuerpos que pintaba tenían líneas irregulares, las imágenes se estropearon por extrañas y difusas manchas de color y desaparecieron los detalles de las caras o el vestido (13).

La correspondencia de Degas y la caligrafía con la que escribía son otras referencias de la evolución de su defecto óptico. Al cumplir 56 años escribía con una letra alongada e irregular, que le impidió escribir diez años más tarde, y lo hizo cambiar de técnica al pastel. Los cambios en el estilo de pintar de Degas se correlacionan con su progresiva pérdida de la visión, caracterizados por una incapacidad de definir detalles particulares de cada elemento pintado.

Sin embargo, con respecto a su técnica pictórica, nada en las cartas o la correspondencia de Degas indica que estaba intentando ser más expresivo a conciencia de lo abstracto; de hecho, sus trabajos en pastel debían ser elaborados con extensiones más grandes de papel. Lemoisne afirmó que "estos bocetos son el trágico testimonio de su batalla contra la enfermedad" (14) .

LA DEGENERACIÓN MACULAR COMO ENFERMEDAD

La visión la podemos definir en tres funciones sencillas: la agudeza visual, que puede ser central o periférica, la cromatopsia y la estereopsis. La primera es la capacidad para definir límites, y depende de la función de la retina en el área macular; la visión periférica se da gracias a la correcta función de la retina periférica o no macular. La cromatopsia es la capacidad para discriminar colores dependiendo de la función de los conos. Éstos son los fotorreceptores situados precisamente en el área macular. Por último, la estereopsis es la tercera habilidad del sistema visual del ser humano, y es la capacidad para percibir una visión en tercera dimensión. Para lograr la estereopsis, es estrictamente necesaria una sana visión binocular.

La degeneración macular asociada con la edad es una enfermedad en la que se afecta la visión central, por lo que los pacientes pueden caminar, pero no pueden leer. Es la causa más frecuente de mala visión o ceguera legal a expensas de lesión retiniana. Actualmente, en los adultos mayores, existen dos tipos de degeneración macular asociada a la edad: la del tipo atrófico o seca, que representa el 90% de los casos y se caracteriza por ser lentamente progresiva, y la variedad húmeda o exudativa que tiende a ser devastadora y de evolución rápida (15).

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ACTUALES DE LA DEGENERACIÓN MACULAR

Para iniciar el abordaje diagnóstico-terapéutico de la degeneración macular relacionada con la edad lo primero y más importante es haber establecido un diagnóstico correcto, determinando además la variedad de la misma, pudiendo ser seca o húmeda.

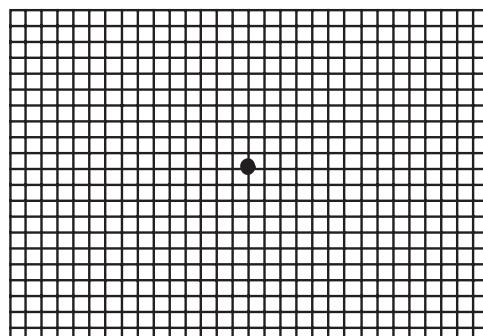


Fig. 5. Cartilla de Amsler para determinar la salud macular.

Dentro de los elementos clínicos de la exploración oftalmológica actual, el diagnóstico debe ser complementado con la rejilla de Amsler con la que el paciente nos manifiesta posibles áreas de metamorfopsia, o bien escotomas a nivel de la visión central (Figura 5).

Los estudios paraclínicos necesarios para el diagnóstico de la degeneración macular son principalmente dos: el campo visual computarizado, en el cual se define el área involucrada, y la fluorangiografía de retina, estudio en el cual evidenciamos cualquier anormalidad a nivel de los vasos sanguíneos, encontrándose dos patrones de pigmentación fluorangiográfico, siendo el primero el patrón clásico, debido a que aparecen áreas bien demarcadas de hiperfluorescencia uniforme en las fases tempranas del estudio, y el segundo sería el patrón oculto, en el que en la fase temprana del mismo no se evidencia la presencia de la fluoresceína en la lesión debido a la presencia de pigmento o tejido fibroso.

Para la variedad seca o atrófica se han descrito el uso de antioxidantes o suplementos con zinc con el objetivo de disminuir las posibilidades de degeneración retiniana.

Para la variedad húmeda, el uso del Argón láser o de la terapia fotodinámica es de los tratamientos de elección. Para ofrecer una terapia fotodinámica se requiere la administración de un fármaco fotosensible que cuente con ciertas características: selectividad, potencia, vida media y seguridad sistémica, es decir, que debe tener la capacidad de incidir únicamente en un tejido determinado, y debe requerir una cierta cantidad de energía láser con la cual pueda ser activado.

En los últimos años se han utilizado drogas de aplicación intravítreas, las cuales tienen un efecto antiangiogénico inhibiendo el factor de crecimiento vascular endotelial; entre ellas se encuentran el bevacizumab, y el pegaptanib.

DISCUSIÓN

El genio Degas, célebre por sus pinturas de bailarinas, sufrió una degeneración ocular progresiva que lo incapacitó hasta el final de sus días (Figura 6).

La degeneración macular asociada con la edad es una entidad bien reconocida en la actualidad, que en su gran



Fig. 6. Ensayo de Ballet. 1874. Óleo sobre lienzo, Musée d'Orsay, París, Francia.

mayoría tiene una presentación atrófica o seca; este último fue el tipo de lesión que presentó el maestro Edgar Degas, ya que su degeneración se caracterizó por ser lentamente progresiva, presentando manifestaciones después de los 50 años de edad, como cambios en su caligrafía (es evidente en la correspondencia del pintor el cambio a una letra alongada e irregular muy probablemente relacionado con la metamorfopsia). Esta es una manifestación temprana de dicha patología, que se caracteriza por una alteración en las formas.

Además, llama la atención cómo se fue acentuando el defecto oftalmológico en Degas, posteriormente caracterizado por alteraciones colorimétricas, que hicieron cambiar de técnica al pastel, así como por una franca dificultad a la escritura después de los 60 años de edad, justificando esto una alteración de la visión central lentamente progresiva.

Edgar Degas dejó ver la evolución de su profundo defecto oftalmológico la última década de su vida en la evolución de su obra; sin embargo, debido a la amplia experiencia del maestro, sometida siempre a una rigurosa autocrítica caracterizada por parámetros académicos basados en un conocimiento minucioso de la anatomía humana y una concepción única del equilibrio y del movimiento de las masas, se permitió realizar obras que terminaron de organizarse en la “imagen psíquica”, y a pesar de su alteración visual profunda, esta idea nos hace pensar que con una defectuosa apreciación del ambiente y detalles en los elementos participativos en las obras logró obtener conceptos artísticos llenos de forma y sentido.

REFERENCIAS

- Cerneia P. Eye disease in painters: Camille Pissaro. Oftalmología 2001; 53(3):84-88.
- Blodi FC. Some famous persons with visual problems as shown on postage stamps. Doc Ophthalmol 1991; 77(4):295-334.
- Fulton T. Through the artist's eyes. Ulster Med J 1982; 51(1):1-22.
- Dan NG. Visual dysfunction in artists. J Clin Neurosci 2003, 10(2):168-170.
- Elliott DB, Skaff A. Vision of the famous: the artist's eye. Ophthalmic Physiol Opt 1993; 13(3):332.
- Linksz A. The ophthalmologist looks at art. Proc Rudolf Virchow Med Soc City N Y 1970-1971; 28:50-56.
- Faema García-Bermejo J. Edgar Degas. Ediciones Polígrafa, 1995.
- Krystof D. *Degas*. Taschen, 2005.
- Marmor MF. Degas Through His Own Eyes: Visual Disability and the Late Style of Degas. Paris, Somogy Editions d'Art; 2002.
- Hamilton GH. The dying of the light: the late Works of Degas, Monet and Cezanne. En: Rewald J, Weitzenhoffer F (eds.). Aspects of Monet. New York, Abrams, 1984. 218-241.
- Marmor MF. Ophthalmology and Art: Simulation of Monet's Cataracts and Degas' Retinal Disease. Arch Ophthalmol 2006, 124:1764-1769.
- Ravin JG. Eye disease among the impressionists: Monet, Cassatt, Degas, and Pissarro. J Ophthalmic Nurs Technol 1994; 13(5):217-222.
- Pollard W. Can vision defects among artists influence their art? Lakartidningen 1991; 88(35):2778-2784.
- Lemoisne PA. Degas et son Oeuvre. Vol 1. Paris, Brame & de Hauke; 1946. 163.
- Budde W, Jonas J, Schönherr U. Age-related macular degeneration and optic disk morphology. Am J Ophthalmol 1999; 127(2): 220-221.