

OFTALMOLOGIA.

Algunas consideraciones sobre la patogénesis de los desprendimientos retinianos y su tratamiento.

Seguramente que mucho se ha escrito y se escribe á diario sobre la afección de que voy á ocuparme, pues casi no hay número de publicación oftalmológica que deje de referirse á ella en algún artículo, y sin embargo, los especialistas distan mucho del acuerdo unánime. Me ha parecido que la discrepancia de opiniones proviene de que con cada teoría se pretende explicar todos los casos en que la retina se despega; en mi humilde opinión, no es uno solo el mecanismo de esta lesión, sino que varía en algunos casos.

*

Al estado normal, la retina no adhiere á la coroides más que al nivel de la entrada del nervio óptico, y en toda la zona de la ora serrata, en el resto de su extensión, tiene sólo relación de contigüidad con la membrana vascular; pues la capa de epitelio pigmentario que las separa, aunque pertenece á la retina por su origen embriogénico, sigue siempre á la coroides cuando se desunen ambas membranas, ligándola á la retina finas prolongaciones ciliares que las células pigmentarias envían entre los conos y bastoncillos.

Con la hialoide tampoco tiene relación alguna de continuidad.

Los vasos retinianos son propios de esta membrana, y no tienen anastomosis, sino pequeñas con los ciliares á su entrada al globo ocular.

Estas disposiciones anatómicas hacen comprender con cuánta facilidad puede la retina despegarse de la coroides en una extensión más ó menos grande, y aun en su totalidad, tomando la forma de una corola de campánula adherida solamente á la entrada del nervio óptico, y al círculo de la ora serrata.

Ensayar el estudio físico de las condiciones y origen de tal desprendimiento bosquejando el tratamiento más racional, es á lo que tiende este imperfecto trabajo, primero reglamentario, que tengo la honra de presentar á esta Academia.

*

Por sus relaciones, la retina es una membrana libre en casi toda su extensión, y conserva su posición, gracias á las presiones que soporta; pero está dispuesta á seguir la resultante mayor de estas fuerzas si llegan por alguna causa á desequilibrarse. Al estado fisiológico, sus dos caras están sujetas á la tensión intraocular, y á la resistencia de la esclerótica, en cuyas paredes se refleja la primera.

Cuando este equilibrio se rompe obligando á la retina á separarse de la coroides en parte ó en totalidad, es indispensable que haya aumentado la fuerza centrípeta aplicada en su cara exterior, ó que haya disminuído la centrífuga aplicada en su cara interior, ó bien que los fluidos que rodean á la membrana, hayan podido deslizarse bajo de ella, sin variar las presiones.

I

Para que aumente la fuerza centrípeta, es necesario una causa patológica que se desarrolle entre la coroides y la retina, para que impela á ésta y la separe de aquella. Las más comunes de estas causas, son: el edema coroidal en el mal de Bright, una hemorragia, un tumor ó un cisticercos.

Mientras que por estos motivos no sufra la nutrición general del ojo, el crecimiento de estas producciones aumenta forzosamente la tensión intraocular, lo que formará el primer elemento para el diagnóstico diferencial. Además, en estas circunstancias, la parte de retina desprendida conforme crece la causa que la desprende, conserva sus presiones equilibradas, aunque mayores, y por consecuencia, no tendrá movimiento de oleaje, segundo elemento de diagnóstico. Como tercer síntoma, podremos ver á través de la membrana transparente el tumor con sus vasos propios, ó el cisticercos vivo ó muerto.

A este primer grupo podremos llamarle despegamientos por *impulsión*.

II

La disminución de la fuerza centrífuga tiene por causa el cambio de volumen del contenido ocular. Este cambio puede ser brusco (pérdida

del vítreo, operatoria ó traumática, salida del cristalino) ó gradual (retracción). La salida brusca del cuerpo vítreo produce un abatimiento de presión repentino sobre las paredes de los vasos coroideos, que dan por filtración cierta cantidad de serosidad que levanta la retina. La salida del cristalino solo, habitualmente no produce este efecto, porque su volumen es muy pequeño y está colocado en el lóculo anterior del ojo; pero cuando la extracción se efectúa sobre el cristalino transparente y en un miope, cuyas lesiones coroideas lo predisponen como después veremos, el despegamiento de la retina es inminente; tal puede suceder en la operación de Fucksala.

La retracción del cuerpo vítreo producida por ciclo-coroiditis, ha sido estudiada desde 1882 por Leber y Nordenson, y después por Gonin, cuyos estudios anatomo-patológicos confirman las ideas de los primeros, mostrando la sucesión de los fenómenos hasta constituir la lesión.

Algunos focos más ó menos grandes de corio-retinitis sueldan ambas membranas en esos puntos, á la vez el cuerpo vítreo sufre una degeneración fibrilar, adhiriendo la hialoide á la retina; pero sufriendo la nutrición de ese humor, se retrae y la fuerza centrípeta de esta retracción obra sobre la membrana nerviosa adherida, tendiendo á llevarla consigo; pero como á su vez está pegada en algunos puntos al acoroides, se produce un conflicto de fuerzas que da por resultado la desgarradura de la retina en una forma variable, según la extensión y caracteres de las adherencias á la corioide y hialoide; pero siempre en bisel cortado á expensas de las capas exteriores para la parte que primero cede. En este momento el humor intraocular pasa debajo de la retina y queda constituido, repentinamente un despegamiento más ó menos extenso y susceptible de aumentar ó disminuir subsecuentemente.

Este mecanismo, que necesita para efectuarse que el ojo esté previamente enfermo, se produce en el hemisferio anterior, pues en el posterior debido á la entrada del nervio óptico, la retina está unida á la corioide, y tanto la retracción del vítreo como el alargamiento del eje anteroposterior en los miopes, producen más bien el despegamiento hialoideo, evitándose la adherencia del vítreo á la membrana nerviosa.

Al contrario del grupo anterior, en éste la tensión ocular está primitivamente abatida; primer síntoma para el diagnóstico. Por otra parte, comunicando la sub-retina con el vítreo más ó menos reblandecido, se producirán movimientos de oleaje en la membrana flotante, y tendremos un segundo síntoma. Además, el ojo previamente enfermo y lo súbito de la lesión bastarán para diferenciar la causa.

A esta clase podemos dar el nombre de despegamiento por *atracción*.

III

Los líquidos que pueden deslizarse bajo la retina sin cambio de presión, son: el humor vítreo fluidificado y el humor acuoso. En circunstancias especiales las capas periféricas del vítreo, se liquidan; y si por cualquier circunstancia, sobre todo traumática, la retina sufre una ruptura, el líquido de estas capas puede levantarla. Según el Dr. Galezowski, una desgarradura de la zónula, siempre traumática, puede abrir camino al humor acuoso para la sub-retina; á pesar de la dificultad con que puede uno darse cuenta de tal inmigración á través de la ora serrata, el mencionado Profesor apoya su dicho en estudios anatomo-patológicos practicados por persona de notoria competencia.

En estos casos, aunque no varía la tensión ocular, el flujo y reflujo del líquido hace ondular la membrana desprendida y el antecedente traumático, forman elementos suficientes para el diagnóstico.

Creo poder denominar á este grupo despegamientos por *dislocación*.

*

Con lo expuesto se comprende fácilmente que algunas veces se cure espontáneamente un desprendimiento retiniano: en efecto, los edemas coroideos y aun los exudados pueden reabsorberse y la retina volver á su posición normal, así como cicatrizarse el camino á la sub-retina, desapareciendo el líquido interpuesto; pero esto es raro.

En los desprendimientos por *impulsión*, el tratamiento racional, quitar la causa, es posible en muchos casos, ya sea obrando sobre la circulación general, ó extrayendo el cuerpo causante (líquido, cisticercos), siendo evidente que en los

casos de tumor maligno la enucleación del ojo y aun la exenteración de la órbita lo más pronto posible constituirá nuestro único recurso.

En los casos de despegamiento por *atracción*, se comprende que dar salida al líquido sub-retiniano es imposible sin un aparato aspirador, pues está constituida una *cavidad necesaria*; siendo, además, perfectamente inútil tal extracción desde el momento en que para equilibrar las presiones tendrá que repetirse el derrame á expensas de mayor reblandecimiento vítreo.

Las indicaciones terapéuticas racionales en este grupo, deben ser preventivas, dirigidas á evitar el despegamiento en el ojo amenazado por su estado patológico; ó curativas, cuando la lesión está ya efectuada.

Al primer fin tienden los anteojos en los miopes, el reposo, los mercuriales y yodurados para tratar desde temprano las inflamaciones coroides, etc., etc. A curar el despegamiento mismo se dirigen: la quietud en la cama, el vendaje compresivo y sobre todo, las inyecciones subconjuntivales hidrargíricas, gelatinosas ó serosas que obran admirablemente sobre la nutrición del vítreo, sin que se abandone por esto el tratamiento antiflogístico. Las instilaciones de colirios miópicos ó midriáticos, son en mi sentir más perjudiciales que útiles, pues los primeros disminuyen la tensión intraocular y la nutrición, obrando lo mismo que la retracción del vítreo; los segundos, cerrando las vías de eliminación y aumentando la tensión intraocular, tienden á alejar más la coroides de la retina despegada. Seguramente que alguna vez podrán estar indicados para tratar las complicaciones (glaucoma, iritis).

En los despegamientos por *dislocación*, el ideal es cerrar la puerta de entrada á la sub-retina extrayendo el líquido que la levanta; pero ejecutar esta maniobra directamente es difícil y no se llega á conseguir por completo, siendo el reposo y el vendaje compresivo los medios más adecuados.

*

RESUMIENDO: 1º No pueden explicarse por una sola teoría los despegamientos retinianos; unos son por *impulsión*, otros por *atracción* y otros por *dislocación*.

2º En la mayoría de los casos, es posible diferenciar el diagnóstico de estos tres grupos.

3º En los casos de tumor ó parásito, el tratamiento quirúrgico se impone á la mayor brevedad.

4º El reposo y la compresión deben usarse para *todos* los demás casos.

5º Se evitará el empleo de miópicos y midriáticos, á menos de indicación especial.

6º Para los despegamientos por *atracción*, el mejor medio terapéutico está formado por las inyecciones subconjuntivales, sin despreciar los antiflogísticos, el reposo y la compresión.

México, octubre 5 de 1904.

DR. EMILIO F. MONTAÑO.

TERAPEUTICA QUIRURGICA.

Algunos detalles de medicina operatoria relativos á la extirpación del maxilar superior.

Con el nombre de resección del maxilar superior se designa á la operación que consiste en extraer los huesos que forman la pirámide antero-externa de la cara, siguiendo el camino más inofensivo que permita dejar los órganos de la región bajo el tipo fisiológico. Es una de las operaciones más cruentas y que no ha visto modificar su estadística á pesar de los beneficios de la asepsia, y no obstante los esfuerzos que se han hecho para facilitar la anestesia. La gran vascularidad de la región por una parte y el hecho de que el campo operatorio sea la puerta del aparato respiratorio y digestivo, han contribuido á detener en muchos casos la mano del operador. Sin embargo, mucho se ha conseguido en estos últimos años debido al perfeccionamiento de la técnica: precisión y sencillez en la ejecución, conocimiento de la región donde se opera y un método riguroso para cumplir los tiempos de la operación, son los únicos requisitos que se piden al operador.

El peligro de la infección desapareció con la desinfección previa de las cavidades, la incomunicación de éstos con el campo operatorio y la alimentación por medio de un tubo llevado á la porción terminal de la faringe. La hemorragia es insignificante cuando se sigue la operación típica, pues la experiencia ha demostrado que las operaciones atípicas creadas con objeto de