

OF TALMOLOGIA

El arrancamiento capsular en la operación de la catarata.

Desde la época de Daviel se han reconocido las ventajas de extraer un colgajo de la cápsula anterior cuando se practica la extracción de la catarata; pero Daviel y sus sucesores recomendaban este procedimiento únicamente para las cataratas con cápsula opaca ó muy gruesa.

Poutier, en 1804, fué el primero en preconizar el arrancamiento capsular en todas las variedades de catarata. Más tarde, Meyer, Perrin y Vacher, siguieron ese método sirviéndose de instrumentos especiales que no siempre daban el resultado apetecido. Förster y de Wecker con la invención de sus pinzas capsulares hicieron avanzar mucho los procedimientos operatorios: el primero de ellos ha logrado el arrancamiento capsular en el 88 por ciento de sus operaciones.

Desde 1887, nuestro maestro el Dr. Ricardo Vértiz, nos enseñó á practicar el arrancamiento de un colgajo de la cápsula, con la pin-

za quistitomo de Wecker, lo cual se obtenía casi siempre por medio del pellizcamiento del iris entre las ramas de la pinza lo que hacía necesaria la iridectomía, y partidarios en esa época de la extracción simple, tuvimos que abandonar ese procedimiento como método general, para reservarlo solamente á las cataratas cápsulo-lenticulares. En la estadística de Förster, los éxitos obtenidos se referían á extracciones con iridectomía.

En la sección de Oftalmología del XIII Congreso Internacional de Medicina que se reunió en París en Agosto de 1900, el Dr. Terson (senior) leyó un importante trabajo sobre este asunto y dió á conocer un nuevo modelo de pinzas que permite practicar el arrancamiento capsular sin pellizcar ó contundir el iris, gracias á un tope colocado á cierta distancia de la extremidad de las ramas, tope que impide la aproximación de éstas, dejando escapar el iris cuando penetra entre aquéllas. Además, invirtiendo la curvatura de la extremidad de las pinzas de Wecker, se consigue que se adapten muy bien á la concavidad de la cara posterior de la córnea, lo que permite arrancar el colgajo capsular sin levantar el de aquélla.

Desde el año de 1901 que tuve á mi disposición las pinzas de Terson he practicado el arrancamiento capsular. En los tres primeros años, seguí la práctica recomendada por este autor, usando alternativamente sus pinzas y el kistitomo; desde hace dos años, solamente me valgo de sus pinzas en la mayoría de las operaciones y recurro excepcionalmente al kistitomo después de haber usado éstas si no he logrado arrancar un buen colgajo; pero antes de referir los resultados de mi práctica, mencionaré otros trabajos publicados sobre el particular.

En el Congreso de la Sociedad francesa de Oftalmología, que se reunió en París del 5 al 8 de Mayo de 1902, el Dr. Rochon Duvigneaud dió á conocer el resultado de sus experiencias en el cadáver y de un corto número de operaciones en las cuales estudió el arrancamiento capsular y observó la extensión de los fragmentos arrancados, unas veces con las pinzas de Terson, y otras con las que mandó construir con la misma curvatura que las de Terson; pero con ocho dientes en cada rama á fin de aumentar la altura del colgajo capsular. Aplicadas sus pinzas sobre la cristaloides anterior, inter-

ceptan una superficie de seis milímetros de ancho por cinco milímetros de altura. Confiesa, sin embargo, que en la práctica por poca resistencia que tenga la cápsula, se puede arrancar un gran colgajo con la pinza de Terson y con la misma, logró arrancar, en un enfermo, toda la cápsula anterior.

En el mes de Junio de 1903, Terson publicó un nuevo artículo en los «Annales d'Oculistique,» dando á conocer su técnica operatoria y haciendo ver, como el mismo Rochon Duvigneaud lo confiesa, que sus pinzas son suficientes para arrancar un buen colgajo y que la modificación de aumentar el número de dientes para dar mayor altura al colgajo, hace necesaria la iridectomía y, por lo tanto, no es aplicable en la extracción simple.

Vitali, en el XVI Congreso de la Sociedad Italiana de Oftalmología reunido en Florencia en Octubre de 1902, y el año pasado en el Congreso Internacional de Oftalmología, en Lucerna, preconizó con más ardor que Terson el arrancamiento capsular, el cual practica con unas pinzas de su invención, tanto en las cataratas maduras como en las que no han madurado y afirma no haber tenido nunca cataratas secundarias.

No conociendo más trabajos sobre el particular que los ya citados, me ha parecido conveniente contribuir con el fruto de mi experiencia á la generalización de una práctica cuyas ventajas son universalmente reconocidas y que sólo temores quiméricos han impedido que se vulgarice.

Me refiero principalmente á la luxación del cristalino, que es el peligro mayor de los señalados. He practicado más de quinientas extracciones con arrancamiento capsular y nunca ha ocurrido una luxación. Dada la disposición de los dientes de las pinzas, éstos penetran en la cápsula en sentido oblicuo; aproximando sus ramas y haciendo una tracción hacia adelante, no se ejerce mayor presión que la necesaria para desgarrar la cápsula con el kistitomo, por lo tanto, no puede haber con las pinzas, mayor peligro de luxación que con el kistitomo. En tres ocasiones he encontrado la cápsula anterior sumamente resistente y ha salido completa. La presión que se hace para desgarrar la cápsula obra en el sentido de la superficie tomada entre las ramas de las pinzas y no en el antero posterior,

en consecuencia, no hay motivo de luxación. Si la resistencia es mayor, al grado de que no penetren los dientes, como sucede en las cataratas hiper maduras, entonces debe procederse á la extracción de la lente en su cápsula, como ya lo he dado á conocer en trabajos anteriores.

La experiencia, la práctica, enseñan hasta qué grado la resistencia de la cápsula para dejarse penetrar, puede ser vencida, sea que se use el kistitomo ó la pinza capsular. Los antecedentes y el aspecto de la catarata permiten hacer un diagnóstico de catarata hiper madura con cápsula resistente y zónula frágil, lo cual indica que debe procederse inmediatamente á la extracción del cristalino con su cápsula ó intentar el arrancamiento con la mayor prudencia, pues bien sabido se tiene que en tales casos la luxación se produce fácilmente. Si se logra que los dientes penetren á la cápsula, al aproximar las ramas, la parte central resistente no se desgarra; pero la tracción ejercida, hace que el desgarro tenga lugar en el ecuador— como en el caso de Rochon Duvigneaud y en tres míos—ó en la cristaloides posterior, pudiendo desprenderse toda la cápsula de las inserciones de la zónula y salir el saco completo, como ha sucedido en dos de mis operados cuyas historias referiré brevemente.

El Coronel Lechuga, á quien en Marzo del año pasado operé el ojo derecho de una catarata hiper madura, practicando la extracción del cristalino en su cápsula; enfermo que presenté poco después de operado, á la Sociedad de Oftalmología, volvió á consultarme á principios de este año con el propósito de que le operara el ojo izquierdo. Al introducir las pinzas encontré cierta resistencia en la cápsula; creyendo que la catarata no era hiper madura, sino al contrario, que aún no llegaba á su madurez completa, insistí en tomar un gran colgajo de cápsula y al hacer la extracción ví con sorpresa que todo el saco capsular había salido. En seguida, practiqué la extracción del núcleo y masas corticales quedando la pupila perfectamente negra. A los diez días la herida había cicatrizado por completo, y practicando el examen oftalmoscópico hallé que no existía la menor opacidad, que la pupila aparecía tan limpia como la del ojo derecho. La agudeza visual de ambos ojos era casi la unidad.

El segundo caso se refiere al Sr. Pablo Serrato, del Estado de

Guanajuato, de 60 años de edad, con cataratas completas en ambos ojos, causa de la privación de vista hacía cuatro años. El veinte de Septiembre próximo pasado operé el ojo izquierdo, primero que perdió la vista. Dispuesto á practicar la extracción en su cápsula, por tratarse de catarata hipermadura con estrias en la cristaloiide anterior, intenté la extracción de la cápsula, recordando el caso anterior y tuve la satisfacción de conseguirlo totalmente. Practiqué después la extracción del núcleo y masas corticales dejando la pupila perfectamente negra y redonda. Aunque en la mayor parte de los casos hago iridectomía pequeña, en este enfermo, como en otros en los cuales el iris queda bien contraído y la herida perfectamente afrontada después de la extracción, me abstuve, por esas razones, de cortar el iris, para demostrar que se puede extraer un gran colgajo de cápsula y aun toda ella como en este caso, sin contundir ni pellizcar el iris con las pinzas de Terson. En la noche siguiente á la operación se presentó en el enfermo la retención de orina que lo tuvo muy inquieto; á cada momento se levantaba bruscamente de la cama; al día siguiente, el practicante no pudo hacer pasar una sonda y por ese motivo envió al paciente al Hospital General y ahí se le practicó la uretrotomía interna. A los seis días volvió al Hospital Oftalmológico, curado de su estrechez: al quitarle la curación del ojo, la que se le había puesto ocho días antes, es decir, cuando se le operó la catarata, y que no había sido removida desde esa fecha, encontramos la herida completamente cicatrizada sin la menor inyección ciliar; la pupila perfectamente negra y contractil; el iris tembloroso en los movimientos del ojo; muy buena agudeza visual ($\frac{1}{2}$ con sph. + 10) á pesar de tener la pupila blanca como si estuviera atrofiada.

Este hecho, interesante desde varios puntos de vista, demuestra la posibilidad y aun la facilidad en algunos casos, de extraer la cápsula completa, lo que no he visto consignado hasta hoy en las publicaciones que sobre el particular he leído, y para desvanecer toda duda, no me he limitado al examen de las cápsulas extraídas y de los ojos operados, sino que he mandado éstas al distinguido histologista Dr. Mesa Gutiérrez para que haga una preparación micros-

cópica que ponga en evidencia la cristaloides posterior que, como es sabido, tiene caracteres distintos de la anterior.

Las condiciones anatómicas que deben existir son la degeneración de la zónula que existe en las cataratas hiper maduras ó su fácil desgarrar que ha sido bien estudiado por Ovio de Padua, quien dice lo siguiente: «Si la zónula fuese una prolongación de la hialoides, como lo creen algunos autores, casi siempre habría pérdida de vítreo después de la zonulotomía de Grandenigo; pero la zónula no es una membrana, sino simplemente un sistema de fibrillas dispuestas en tres hacecillos que podrían llamarse anterior, ecuatorial y posterior.»

En sus experiencias ha visto que basta desgarrar el hacecillo anterior para que el cristalino se desprenda fácilmente sin arrastrar la menor huella de humor vítreo; queda entonces la fovea patellaris, cubierta por una membrana muy delicada, pero reconocible, que representa tal vez á la laminilla zonular de V. Berger, ó que es más bien, una verdadera dependencia de la hialoides.

Veamos ahora cómo se produce el desgarrar de la cápsula posterior, que es la segunda condición para realizar la extracción de la cápsula completa. Pocas son las observaciones publicadas. Lenz, á propósito de una observación de catarata por contusión del ojo, dice que Lawford ha encontrado un desgarrar de la cristaloides posterior en dos casos semejantes. Esas lesiones pasan inadvertidas en el vivo y sólo se descubren con el examen anatómico. Hess explica la formación del lenticonus posterior, por una ruptura de la cristaloides posterior. Schlosser y Deniz han estudiado esas rupturas y dicen que las fibras que salen del saco capsular se conservan en estado normal y no dan lugar á la formación de la catarata traumática como acontece con los desgarrar de la cristaloides anterior, por lo tanto, no debe sorprender que se desgarrar en una contusión del ojo, donde el cristalino se encuentra, por decirlo así, comprimido de adelante hacia atrás.

En las cataratas hiper maduras y en algunas otras hay degeneración de la zónula y engrosamiento de la cápsula anterior; por lo tanto, la tracción de las pinzas puede desprender la zónula y desgarrar la cápsula posterior mucho menos resistente que la anterior, permi-

tiendo la salida del saco completo, como en los dos casos que he referido.

En las cataratas que no han llegado á su completa madurez, especialmente en el periodo de hinchamiento de las masas corticales, con propulsión del iris y disminución de la cámara anterior, la cápsula es á veces muy frágil, se desgarrá con la simple aplicación de los dientes de la pinza y se retrae. En estos casos el colgajo extraído es muy pequeño; para obtener buen resultado conviene usar de las nuevas pinzas de Terson con cuatro dientes de cada lado ó las de Rochon Duvigneaud, teniendo en cuenta que siempre debe practicarse la iridectomía en las cataratas inmaturas.

Muchas operaciones de esta clase he practicado. Hay cataratas de marcha lenta, que comienzan por el centro de la pupila y por lo tanto impiden la visión necesaria para los trabajos habituales, desde el principio de su desarrollo. Cuando esto sucede simultáneamente en ambos ojos ó en el único que utilice el enfermo, éste se encuentra en la imposibilidad de ganarse la vida y acude al oculista reclamando su intervención para remedio de su desgracia; los beneficios del arrancamiento son notorios en tal caso; las cataratas secundarias que son de rigor cuando se practica simplemente la kistitomía en las cataratas inmaturas, se convierten en excepcionales cuando se ejerce el arrancamiento capsular.

Voy á tener el gusto de presentar á esta H. Academia uno de estos casos, muy interesante por los antecedentes hereditarios. La Srita. M. C., de México, 23 años de edad, comenzó á notar que disminuía su vista desde hace nueve años; me consultó hace seis refiriéndome que su madre había comenzado á perder la vista á la edad de 16 años, cuatro después ya no percibía más que la luz; permaneció en este estado hasta la edad de 25 años en que practiqué en ella la operación de las cataratas en ambos ojos, éon brillantes resultados hace catorce años. Las cataratas de esa señora eran cápsulolenticulares; un apreciable compañero fué el llamado para practicar la operación; pero en vista de que al intentar la quistitomía salió una gota de humor vítreo y la cápsula no se desgarró, suplicóme procediera á la extracción cápsulolenticular, con la cucha-

rilla, lo cual ejecuté sin más pérdida de humor vítreo: no hubo complicación ulterior y el resultado fué satisfactorio.

Algunos meses después fuí llamado para operar el otro ojo; con la experiencia del caso anterior, después de amplia iridectomía, introduje la pinza capsular de Wecker y logré extraer un buen colgajo de cápsula; en seguida, extraje el núcleo y masas corticales; no ocurrió accidente de ningún género y á los diez días la enferma estaba curada, conservando una agudeza visual de dos tercios en ambos ojos.

Con los antecedentes de que he hecho mérito procedí al examen de la Srta. C. y encontré en los dos ojos, cataratas incipientes; las opacidades eran centrales; ocupaban las capas corticales posteriores. Hace un año volví á estudiarla: las opacidades habían aumentado muy poco; la enferma, que no podía entregarse á ningún trabajo, que notaba que en varios años sus cataratas no avanzaban, solicitó con mucho empeño que la operase. Por diversas causas la operación no se llevó á cabo hasta el 18 de Octubre próximo pasado. Aunque la opacidad era menor en el ojo izquierdo que en el derecho, operé primero el izquierdo por ser el que menos veía, debido á una ligera opacidad de la córnea por keratitis sufrida en la niñez: la operación se ejecutó con toda felicidad; arranqué un gran colgajo de cápsula anterior que dejó una pupila negra, como puede confirmarse por el examen oftalmoscópico; no se presentó la menor complicación: á los diez días salió la enferma del hospital con una agudeza visual de dos tercios con sph. + 11 \bigcirc cyl + 1.50 ax 135°. Próximamente operaré el ojo derecho, pues así lo desea la enferma, en vista del resultado obtenido con la operación del ojo izquierdo.

Como podrán verlo mis compañeros, la opacidad del ojo no operado es central y al lado de ella se ven la pupila y el fondo del ojo con toda claridad, gracias á la midriosis provocada para este examen.

Otro caso muy semejante al anterior, es el del Sr. R. . . . quien llevaba cerca de un año de no poder entregarse á sus trabajos habituales por opacidad central en el ojo izquierdo, la cual muy poco había progresado en ese tiempo; el ojo derecho fué enucleado hace varios años; la operación última se llevó á término hace unos quince días con éxito completo. Gracias al arrancamiento capsular, la

pupila quedó perfectamente limpia; la agudeza visual es de $\frac{1}{2}$ con sph. + 10, corrigiendo el astigmatismo postoperatorio espero que dentro de dos semanas su agudeza visual llegará á la unidad.

En la extracción del cristalino transparente por miopía fuerte, el arrancamiento capsular en muchos de mis operados ha dejado una pupila bastante limpia para no necesitar nueva intervención. La extensión del colgajo, en la generalidad de los casos, es pequeña; pero deja una pupila suficientemente amplia para no exigir nueva operación.

En resumen: el arrancamiento capsular de las cataratas maduras y de algunas hipermaduras, evita la formación de cataratas secundarias; en las inmaduras las evita en la mayoría de los casos y en la extracción del cristalino transparente reduce en una buena proporción la necesidad de ulteriores intervenciones, por todo lo cual es de recomendarse en todas las operaciones de catarata.

México, diciembre 20 de 1905.

DR. LORENZO CHÁVEZ.