

OFTALMOLOGIA.

La extracción del cristalino trasparente en la miopía fuerte POR EL DR. ANTONIO F. ALONSO.

NUEVOS CASOS.

Con el perfeccionamiento de la técnica y los progresos de la antisepsia, la extracción del cristalino trasparente en la miopía, se encuentra hoy entre las operaciones corrientes de la cirugía ocular. Esta intervención calificada por el ilustre Donders de "temeraria y criminal" fué propuesta por el abate Desmonceaux hace más de un siglo y cuenta aun hoy con partidarios convencidos que la preconizan con entusiasmos casi hiperbólicos; y detractores acerbos que la tildan de inútil y hasta de nociva.

Hace diez años que publicamos el primer caso de nuestra estadística que asciende a nueve operados con magnífico éxito, siendo aquél cuando menos uno de los primeros en nuestro País, y en el año de 1903 tuvimos el honor de ser relatores acerca de esta cuestión, en el primer Congreso de la Sociedad Oftalmológica Mexicana.

En la literatura oftalmológica nacional referente al asunto, debemos de citar especialmente los interesantes casos publicados por nuestro distinguido compañero el Dr. Uribe y Troncoso y aquellos operados con tan brillante éxito por el inteligente y hábil oculista el Dr. Lorenzo Chávez.

El proceder para suprimir la lente ocular, es variable según los diversos operadores. Algunos con Fukala y Flugger practican primero la discisión del cristalino y después de seis días aproximadamente, antes si hay fenómenos glaucomatosos, proceden á la extracción en una ó varias sesiones. Si el cristalino está escleroso por la edad, se practicará un colgajo superior con el cuchillo de Graeffe; si no es así, la extracción lineal con la pica triangular bastará para dar salida á la substancia cristalina opacificada. Flugger aconseja no insistir demasiado en hacer

presiones para la expulsión de la substancia del cristalino, sino extraer los grumos movibles que salgan fácilmente, aun cuando se repita la intervención operatoria varias veces, pues se reduce así a una punción casi de la cámara anterior.

Otros operadores, en lugar del procedimiento lento antes descrito, prefieren, con Sattler y Vacher, practicar desde luego la extracción inmediata del cristalino trasparente. Tal aconseja entre nosotros muy especialmente el Dr. Chávez.

El proceder de Fluger y Fukala, aunque más tardío, nos parece más prudente y seguro que la extracción más inmediata del cristalino a la Vacher; y es el que hemos seguido en casi todos nuestros casos. Ciertamente que origina algunas veces fenómenos glaucomatosos, cuestión de poca importancia operando inmediatamente a la aparición de aquellos; pero sobre todo, implica un número mayor de intervenciones que el segundo, circunstancia de interés especialmente en cierta parte de nuestro medio social.

La extracción inmediata del cristalino trasparente no escapa por otra parte de la catarata secundaria. Sin embargo, el empleo de la pinza Kistectomo en la extracción, como lo aconseja el Dr. Chávez, disminuirá probablemente en gran parte el número y espesor de las cataratas secundarias. Es la Kistectomía nuestra conducta habitual desde hace algún tiempo en la extracción de la catarata madura, y nos proponemos seguirla en la extracción del cristalino trasparente, haciendo así un estudio comparativo entre los dos procedimientos.

¿Cómo tratar la catarata secundaria? Fluger prefiere a la discisión y sobre todo a la extracción que origina muy frecuentemente la pérdida de vítreo, la sección de la cápsula con pinza tijera de Wecker. Es el método seguido habitualmente por La-personne en el tratamiento general de la catarata secundaria.

Nosotros preferimos la extracción parcial ó total de la membrana, reservando la discisión sólo para membránulas muy finas. La extracción, no obstante los inconvenientes que se le han atribuido, es la que procura los mejores resultados ópticos, como lo ha demostrado en bellos estudios el Prof. Panás y según nos lo ha enseñado nuestra práctica.

¿Cuáles son los casos justificables de la intervención operatoria? La cuestión es compleja: Con ellos se relacionan conside-

raciones relativas a la edad, a la fuerza y progresión de la miopía, antecedentes hereditarios del paciente, sus ocupaciones, etc. Vacher opera sólo a partir de 12 años de edad, cuando el número de dioptrías de miopía supera al de la edad del individuo. Otros autores como Fukala y Flugger operan aun niños de 7 a 8 años y cuando afectados de una miopía progresiva rebelde a los cuidados de la higiene, amenaza destruir más o menos completamente el fondo ocular.

Las miopías de 15 o 16 dioptrías cuya agudeza visual no mejora por los cristales sino de una manera insignificante, son casos indicados para la intervención quirúrgica. Flugger conceptúa como una indicación operatoria neta y urgente las coroiditis centrales agudas, tan graves generalmente. Como contraindicaciones operatorias se pueden citar las miopías que aunque fuertes toleran la corrección óptica con aumento de la agudeza visual suficiente para las necesidades de la vida, y con alteraciones del fondo ocular no demasiado profundas o progresivas.

Son igualmente contraindicaciones operatorias la sínquisis del vítreo; las alteraciones retino-coroideas demasiado avanzadas, con agudeza visual notablemente disminuida. Una contraindicación formal para Vacher sería la pérdida del otro ojo por cualquiera causa, aun por despegamiento de la retina. La pérdida de la convergencia y del espasmo acomodativo darían muchas probabilidades para suponer que el ojo miope se conserva en buen estado, siguiendo una higiene severa antes que exponerlo a los peligros de un traumatismo delicado y grave como la extracción del cristalino trasparente. Por lo demás, como todos los problemas clínicos, su solución depende de la ilustración, el tacto y la experiencia del médico.

Los resultados de la nueva intervención quirúrgica son ostensibles. Desde luego se aprecia la disminución de la refracción, el aumento de la agudeza y del campo visual. No puede decirse con exactitud matemática la refracción que obtendrá un ojo miope después de la extracción del cristalino, no obstante las diversas fórmulas de los autores. Y es que el problema es complejo: Depende de la curvatura variable de la córnea, que hace cambiar el sitio del foco anterior del globo ocular; de los errores en la medición de las ametropías, muy especialmente en los niños; del sitio y refracción variable del cristalino, etc.

Landalt ha dado una fórmula práctica: $A = H + \frac{1}{2}$. C representa el vidrio corrector antes de la operación.

Ostwald y Hirschberg aconsejan deducir de +10 dioptrías la mitad de la miopía actual. La diferencia representará la refracción del ojo privado de cristalino.

La fórmula de Flugler inferida de su experiencia personal, es ésta: Una miopía de 16 D asociada a una refracción corneal de 50 puede cambiarse en ametropía por la extracción del cristalino, de la misma manera que una miopía de 18 D asociada con una refracción corneal de 45 D, como una miopía de 20 D asociada con una refracción de 41 ó 42 D. Flugler no ha visto en su práctica extensa pasar de 4 D la miopía o hipermetropía consecutivas a la operación.

De todo esto se infiere la importancia práctica, para una observación precisa en el asunto que estudiamos, de la parálisis acomodativa en la medición de las ametropías y el empleo sistemático del oftalmómetro.

La mejoría de la agudeza visual en la miopía después de la extracción del cristalino, es la resultante de varios factores: Desde luego el cambio de las condiciones ópticas; puesto que la agudeza visual es directamente proporcional al tamaño de la imagen retiniana, según la fórmula conocida para calcular su dimensión; tenemos: $\frac{M}{N} = \frac{O}{D}$ $Y = \frac{NO}{D}$. Donde Y representa la imagen retiniana, N la distancia del punto nodal posterior del ojo a la retina, O tamaño del objeto, D distancia de éste a la retina. Considerando la distancia focal posterior = 16.5 milím. tenemos: $Y = \frac{16.5 \cdot O}{D}$

En el ojo miope afáquico, hecho emétrope por la extracción del cristalino, lo que corresponde aproximadamente a una miopía de 22 D, su centro óptico coincide con el centro de curvatura de su dioptra única, la córnea, como en el ojo reducido de Donders.

La distancia focal posterior = 23.1 milím $Y = \frac{NO}{D} = \frac{23.1 \cdot O}{D}$

El resultado será un número mayor que en el primer caso; es decir, una imagen retiniana más grande y por ende un aumento de la agudez visual después de la operación.

Según Flugler la mejoría de la agudeza visual sería muy especialmente debida a la mejor nutrición del globo y de los elementos retinianos después de la operación. Hay que pensar

también que la percepción a distancia desarrollaría los centros cerebrales de la visión, pues la mejoría se puede apreciar en los dos ojos.

La influencia de la intervención en la marcha de las lesiones retino-coroideas y del despegamiento de la retina, ha sido diversamente apreciada por los autores. Para Sheffels la operación no tendría influencia en el alargamiento del globo ocular.

Fluger y Vacher piensan que la extracción del cristalino detendría la marcha de las lesiones retino-coroideas aún en cierta manera en el ojo no operado, por la pérdida del esfuerzo de convergencia y del espasmo acomodativo. En cuanto al desprendimiento de la retina, Fluger opina que la operación no lo favorece, como algunos autores lo han afirmado, en tanto que Vacher la considera como verdaderamente profiláctica del despegamiento.

Von Hippel ha publicado una estadística comparativa del despegamiento de la retina en los ojos operados y no operados y concluye que la operación no favorece el despegamiento pero tampoco lo evita. Parece que esta complicación debe atribuirse a causas accesorias a la operación misma; gran pérdida de vítreo; poca habilidad operatoria; mala elección de los casos etc. Aparte de este accidente, las complicaciones principales de la operación, son el glaucoma; las inflamaciones irido-coroideas; la hemorragia expulsiva, la infección, etc.

Hé aquí dos nuevos casos:

I.

M. H. joven de veintiocho años de edad, comerciante, regularmente constituido. Fué atacado de tifo hace 6 años. Tiene antecedentes de miopía en su familia, pues indica que su madre ha sido siempre corta de vista.

Por la Skiascopia, en el ojo derecho se encuentra una miopía de 22 y de 20 en el izquierdo. Estafiloma posterior muy avanzado en ambos ojos sobre todo en el derecho y algunos focos pequeños de coroiditis macular más acentuados en este último, donde han llegado en parte á constituir una placa atrófica circuida de pigmento del tamaño de medio diámetro papilar. Con un

vidrio de 20 D en el ojo izquierdo alcanza una visión de $\frac{1}{3}$ y con 23 D en el ojo derecho $V = \frac{1}{16}$. El oftalmómetro de Chambers Inskeep indica en este último un astigmatismo directo de 1 D; una refracción H corneal media de 42 D y un radio de curvatura 8,4. El 25 de febrero de 1911 se opera el ojo derecho: Discisión amplia del cristalino con la aguja de Knäfp. A los seis días ligera inyección ciliar con fenómenos glaucomatosos que obligan á intervenir inmediatamente.

Extracción lineal superior con pequeña iridectomia, y desaparición de los fenómenos glaucomatosos. 10 días después extracción de una catarata secundaria casi en su totalidad, exceptuando un repliegue capsular retro-iriano, sin inconveniente óptico.

Se perdió una perla de vítreo sin consecuencias.

Después de la operación, afakia emetrópica $V = \frac{1}{2}$ de cerca con Sph +4 puede leer los caracteres medianos de la escala de Parinaud. El paciente desea operarse del ojo izquierdo.

II.

Srita. H. R., de 22 años de edad, de buena constitución sin antecedentes de miopía en su familia. Siempre ha sido sana y sólo recuerda que desde hace mucho tiempo había empezado á notar ser corta de vista, estado que ha ido aumentando hasta la actualidad. Al examen Skiascópico con atropinización, se encuentra en el ojo derecho miopía de 20 D cuyo cristal produce $V = \frac{1}{2}$. El ojo izquierdo manifiesta una miopía de 24 D con ligero astigmatismo directo y con un cristal de 20 más otro de 3 D obtiene $V = \frac{1}{16}$. Se encuentra un estafiloma posterior bastante desarrollado sobre todo en el ojo izquierdo el cual presenta placas atróficas de coroiditis macular. El oftalmómetro indica un astigmatismo directo ligero, una refracción corneal media de 43 D y un radio de curvatura = 8 milms.

El 2 de marzo practico una discisión de la cápsula del cristalino con la aguja de Knapp. 7 días después, extracción lineal superior con pequeña iridectomia. Pasados ocho días extracción completa de la cápsula con la pinza de Panás, perdiendo una gota de vítreo sin consecuencias.

A los 15 días de practicada la operación, con un cristal I V

—†. Dos meses después se presenta la enferma con un ligero estado polvoso del vítreo, circunscrito al eje antero-posterior del globo, estado que desapareció con algunas inyecciones subconjuntivales de Benzoato de Hg.

Este último caso presenta un detalle interesante: La enferma permaneció perfectamente bien dos meses después de operada, al cabo de cuyo tiempo se presentó con un ligero ataque de retino-coroiditis macular.

Esto nos hace pensar que si la operación tiene una influencia benéfica en la marcha de las alteraciones del fondo del ojo, no es una panacea infalible para detener su progreso, como algunos autores lo han afirmado.