GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Registrado como artículo de 2a. clase, con fecha 23 de junio de 1934

Tomo LXV

Septiembre - Octubre de 1934

Números 9 - 10

NOTA PRELIMINAR SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL DESPEGAMIENTO DE LA RETINA

Trabajo presentado por el Dr. A. Torres Estrada, a la Academia Nacional de Medicina. Abril de 1933.

Una de las enfermedades más graves con la cual tiene que enfrentarse a menudo el oculista es el despegamiento de la retina. Hasta hace poco tiempo los medios de que disponía eran punto menos que nulos y los desdichados enfermos afectados de este terrible padecimiento estaban condenados irremisiblemente a la pérdida del o de los ojos enfermos. No ha sido, sino después de las teorías de Gonin sobre la patogenia del padecimiento, dadas a conocer en el X Congreso Internacional de Oftamología, el año de 1904, felizmente confirmada por la experimentación y en la clínica, que se ha podido considerar el despegamiento de la retina entre el número de padecimientos susceptibles de curarse, cierto es todavía con algunas reservas y con muy pocos brillantes resultados.

La retina, o sea el órgano receptor en el que se imprimen las imágenes formadas por el sistema dióptrico que constituyen los medios transparentes del ojo, es una membrana de estructura nerviosa en la que deben considerarse dos porciones fundamentalmente diferentes desde el punto de vista anatómico, fisiológico y clínico y son: una la porción externa e epitelio cilio retineal constituida por la capa de pigmento y la de conos y bastones. La otra porción interna, o cerebral comprende las celdillas bipolares, las ganglionares, las amarinas y demás elementos que completan la complicada estructura de esta membrana.

La porción externa es avascular y toma su nutrición de las capas más internas de la coroides. La porción interna o cerebral, tiene vasos propios que emergen de la papila y se distribuyen por toda la membrana por dicotomización y sin formar anastomosis, de la misma manera que los vasos del cerebro. Los padecimientos de la coroides afectan de preferencia la porción externa. Los padecimientos propios de la retina afectan de preferencia la porción interna, so-

bre todo cuando tienen una estrecha relación con el sistema circulatorio de esta membrana.

La retina en toda su extensión está adosada a la coroides y no adquiere adherencia alguna con ella. Las únicas partes en que se encuentra fija son: atrás, en torno de la papila, en donde la retina se transforma en nervio óptico por la reunión en haz de todos los cilindros ejes provenientes de la celdillas ganglionares, los cuales emergen del globo ocular a través de la lámina cribada de la esclera en donde se revisten de mielina para tomar los caracteres comunes a todos los nervios.

La otra porción fija está adelante, en la ora serrata, o sea el lugar en que la coroides se transforma en cuerpo ciliar y la retina en el endotelio que tapiza los cuerpos ciliares y la cara posterior del iris.

Por su cara interna en cambio, adquiere algunas adherencias con el cuerpo vitreo por mediación de la hialoides y la limitante interna de la retina.

Por otra parte debemos de tomar en cuenta la presión constante a que se encuentran sometidas las envolturas del ojo y la elasticidad necesaria para contener dicha tensión.

La retina es la que directamente recibe la impulsión del tonus ocular por intermediario del vitreo, que la mantiene en íntimo contacto con la coroides y la somete a cierto grado de distensión permanente. La elasticidad y estensibilidad de la retina es limitada apenas para soportar los cambios de forma, pequeños traumatismos y a veces algunos de relativa intensidad que accidentalmente pudiera recibir el ojo; pero por regla general un traumatismo de importancia lesiona esta delicada membrana.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Dadas estas condiciones de tensión y destensión de la retina, es fácil comprender que una simple perforación o desgarradura hará que el tonus ocular se trasmita a las demás envolturas directamente por la coroides. La retina desde ese momento dejará de ser una membrana tensa, se retraerá hasta cierto límite, se despegará de la coroides y podrá flotar más o menos libremente en el cuerpo vitreo.

Esta es en síntesis la patogenia del despegamiento de la retina descrito por Gonin con magnífica comprensión, aun cuando mucho antes, en 1882 ya Leber había señalado la importancia de las perforaciones de la retina como causantes de su despegamiento; pero es a

Gonin a quien le corresponde el mérito de haber comprobado su teoría en la clínica y por la experimentación en animales y aún en vitro en el laboratorio. Esta teoría es la base del tratamiento quirúrgico propuesto por el citado autor que ha realizado con feliz éxito la re-aplicación de la retina por la oclusión de la perforación.

Esta es la razón por la cual los traumatismos directos sobre el ojo, o distantes y aún conmociones bruscas del cuerpo, como las que resultan de una volcadura o choque de un vehículo etc., tienen una importancia grande en la patogenia de los despegamientos retinianos.

A parte de los traumatismos, algunos padecimientos inflamatorios de la coroides propagados a la retina pueden provocar la ruptura o simplemente facilitarla por adelgazamientos o formaciones quísticas cuya importancia y frecuencia han sido puestas en claro por Ivanof y Weekers, las cuales al reventarse determinan la descarradura. El alargamiento del globo ocular en la miopía alta progresiva, provoca además de lesiones degenerativas en la coroides y retina, el estiramiento exagerado de esta membrana, todo lo cual predispone a su desinserción y rupturas de la retina hacia la ora serrata. Para algunos autores, entre ellos Sourdille la desgarradura no es el factor más importante en el despegamiento y funda su opinión en la circunstancia de que no siempre es posible observarla.

Indudablemente que la desgarradura de la retina, que es la más frecuente y el más importante factor que determina el despegamiento de la membrana, no es sin embargo el único: Causas mecánicas como un tumor de la coroides, un elemento extraño introducido entre esta membrana y la retina, tales como un cisticerco, una hemorragia, o un exudado inflamatorio, pueden determinar un despegamiento pasivo de la membrana.

Algunas alteraciones en el vítreo, tales como la retracción por disminución de su volúmen, tal como acontece después de una operación desgraciada de catarata en la que ha habido pérdida de ese medio transparente, exudados organizados que la retraen formado bridas como en la retinitis proliferante, en que después de una o varias hemorragias en el vítreo se forman adherencias fibrosas que despegan y aún retraen la retina. Todas estas alteraciones en el vítreo repercuten fatalmente en la retina, debido a las adherencias que tiene con la citada membrana.

Las causas generales, principalmente la sífilis, tuberculosis, diabetes, albuminaria, etc., pueden determinar un despegamiento retinal

por alguna localización coroidea, por alguna perturbación en el vitreo, o en la misma retina provocando puntos de menor resistencia, formaciones quísticas, por cierto bastante frecuentes en la patología macular, hemorragias, degeneraciones, etc.

Este breve estudio de la etiología y patogenia de los despegamientos de la retina nos pone en claro, por una parte, la gravedad del padecimiento y por otra las dificultades tan grandes, o la imposibilidad muchas veces de su curabilidad. A esto hay que añadir las alteraciones tan graves que se originan en la retina por la falta de nutrición de su porción externa y que son las mismas que determinan la insensibilidad de ella a la luz, desde el momento que ha perdido el contacto con las coroides. A medida que el tiempo pasa dichas lesiones degenerativas se acentúan al grado de que nada vale desde el punto de vista de la función obtener la reaplicación anatómica de la retina en los casos de despegamientos muy antiguos.

TRATAMIENTO

Sería prolijo hacer una enumeración de todos los procedimientos médicos y quirúrgicos que se han empleado en el despegamiento de la retina y sólo me referiré a todos aquellos sobre los cuales tengo alguna experiencia, o que los estimo racionales.

Método de Gonin

Gonin después de haber dado a conocer su teoría de la desgarradura retiniana como el factor determinante y principal en la mayor parte de los despegamientos, tuvo la feliz confirmación de ella mediante la oclusión de las desgarraduras provocando una cicatriz consecutiva del ojo en el lugar preciso del desgarro. Para llevar a la práctica este procedimiento, se procede previamente a la localización exacta en el ojo de los desgarros de la retina, para lo cual se tienen en cuenta como puntos de referencia la papila, la mácula, el ecuador del globo ocular, la ora serrata y los doce meridianos longitudinales que teniendo por punto de entrecruzamiento el centro de la cornea se denominan por el nombre de las horas del cuadrante del reloj, de tal manera que si considerásemos la córnea como una minúscula carátula. La unidad de medida es el diámetro papilar ya sea para determinar la dimensión de los desgarros o bien para localizarlos con relación a las diversas referencias señaladas.

Por fuera del globo ocular se tienen como referencias el lim-

bo esclero-corneal, los meridianos inaginario antes mencionados, un círculo máximo también imaginario, concéntrico al limbo y a 8 milímetros de distancia de éste y que corresponde a la ora serrata y los vasos más o menos visibles que se hallan en torno de la córnea.

Con todas estas referencias y la pupila dilatada por la atropina, se procede metódicamente a la exploración de la retina por medio del oftalmoscopio de imagen invertida. Los desgarros aparecen como una mancha de un rojo vivo, cuyo corresponde al del epitelio pigmentado de la retina que se mira directamente a través de la perforación y cuya mancha está rodeada de una zona blanquecina de transmisión neta hacia adentro y esfumada hacia la periferia, dicha zona semeja un halo blanquecino y corresponde a los bordes de la desgarradura de la retina. Fijando la atención se podrá reconocer algunos colgajos más o menos enrollados o retraídos y la diferencia de nivel con relación al fondo de la mancha roja, fácilmente reconocible por los movimientos paralácticos y con más precisión con el oftalmoscopio de imagen recta. La forma, tamaño y número de las desgarraduras es variable: circular, en media luna, en fierro de lanza, romboidal, en zig-zag etc. Los sitios de preferencia son la ora serrata y sus cercanías, predominando la región temporal. En seguida de frecuencia, vienen los desgarros hacia el polo posterior, sobre la mácula y sus cercanías. El solo hecho de ver los desgarros es bastante difícil, pero a medida que observa uno mayor número de enfermos con despegamiento, adquiere habilidad para descubrirlos, aumentando por consiguiente el porcentaje de los casos con perforación, visible. A veces los desgarros son indescubribles, sobre todo si el despegamiento es antiguo, si existen exudados en el vítreo, o pliegues en la retina, lo cual ha hecho negar categóricamente a muchos oftalmólogos la existencia constante de los desgarros.

La localización de los desgarros y su referencia exterior es una operación todavía más complicada y difícil. Las mensuraciones y las referencias antes indicadas no son bastantes para determinar con exactitud el sitio de dichos desgarros y estas dificultades han dado origen a la construcción de aparatos más o menos complicados, como el de Linder y el de Wewe para la determinación de los desgarros.

Una vez precisado el sitio de ellos, se marca en el ojo con tinta china, o por medio de suturas, el meridiano en que encuentra el desgarrado y demás puntos de referencia y se procede a practicar la ignipunción con el galvanocauterio o con la punta fina de un termocau-

terio de Paquelin. La temperatura y el tiempo de la cauterización han sido motivo de amplias discusiones.

Al Dr. Arruga de Barcelona le toca el honor de haber precisado por una serie de experimentos las condiciones de la ingipunción. Según el expresado autor una ignipunción muy rápida y con el gálvano al rojo blanco obraría simplemente como una punción. Una ignipunción prolongada provocaría una escara bastante grande y la irradiación excesiva del calor sería perjudicial.

La ignipunción debè ser un término medio a fin de que después de ella el proceso de cicatrización provoque la adherencia de la retina a la coroides y a la esclera, sin provocar retracciones secundarias ni alteraciones graves en las membranas. El ideal del procedimiento es hacer la ignipunción en el centro mismo de la perforación, cosa sumamente difícil, para lo cual el Dr. Arruga recomienda hacer una punción con una lanceta especial en el presunto sitio de la perforación, haciendo en seguida el examen oftalmoscópico para poder apreciar si la punta ha entrado dentro o cerca de la perforación, haciendo las rectificaciones necesarias sobre el sitio del desgarró en el momento de la ignipunción. Las pocas veces que he practicado la operación de Gonin la he verificado en el cuarto obscuro y siguiendo la técnica del Dr. Arruga, resulta realmente fácil guiarse hacia el sitio exacto del desgarró; pero con todo he tenido la mala suerte de tener resultados desfavorables hasta el punto de haber abandonado por completo todo intento quirúrgico en el despegamiento de la retina. Felizmente el conocimiento de los trabajos de Linder y de Guist y los del Dr. Arruga sobre coroiditis experimental así como la modificación que ha hecho a la primitiva técnica de Linder me hicieron reaccionar y me animaron a emprender nuevamente algunos ensayos en este sentido, esta vez con bastante mejor suerte y son los que me han dado material para formar esta nota preliminar.

El método de Gonin, si es verdad que es el más racional y el más quirúrgico de todos lo que hasta la fecha se emplean, tiene el inconveniente de no poderse practicar en todos los casos de despegamiento de la retina ya por que las perforaciones son muy extensas, o sean numerosas, o por encontrarse en algún lugar inaccesible a la cauterización.

METODO DE LINDER Y DE GUIST

Linder y Guist y en vista de estos inconvenientes y de la fre-

cuencia de las hemorragias en el vitreo por acción más o menos exagerada del gálvano cauterio y por las retracciones que a veces determinan el procedimiento, idearon sustituir la cauterización ignea por la química. Para esto valiéndose de un trépano fino, de los que se usan para la esclerectomía, practicaron una serie de perforaciones en la esclerótica en la zona correspondiente al despegamiento y a la de las desgaraduras, respetando la coroides y una vez desnuda ésta en 15, 20 o más puntos, que corresponden a toda la zona del despegamiento, tocan dicha membrana con un lápiz fino de potasa cáustica e inmediatamente neutralizan el efecto por una solución de ácido acético al 5/100. La operación es extremadamente laboriosa, tanto que los autores recomiendan hacerla en dos sesiones durante dos días consecutivos. Personalmente me he convencido de la dificultad tan grande de la operación haciéndola en ojos de puerco y tiene además el gravísimo peligro de la facilidad con que se perfora la coroides y la retina, provocando una pérdida de vitreo. El Dr. Arruga para conjurar este peligro ha ideado unos pequeños tornillos cónicos que los introduce en cada perforación a medida que se hace necesario, sin cuya maniobra sería imposible continuar la operación una vez disminuída la tensión del ojo por la pérdida del vitreo.

MODIFICACION DEL DR. ARRUGA Y LA TECNICA DE LINDER Y DE GUIST

El propio Dr. Arruga ha modificado el método de Linder y de Guist practicando 4 o 6 perforaciones en vez del número tan exagerado de 20 o más. Por estas 4 o 6 perforaciones introduce una pequeña espátula o un gancho de estrabismo, despegandó en una pequeña porción la coroides e inyectando en seguida una pequeña cantidad de solución de sosa cáustica al 1/100. El mismo Linder antes había ya propuesto este procedimiento para tratar los despegamientos con perforaciones de la retina en el polo posterior inyectando una solución de potasa cáustica al 5/100. Los ensayos a que antes me he referido en los ojos enucleados de puerco me hicieron buscar la manera de hacer más fácil y más segura la exposición de la coroides y tener la facilidad de poder cerrar la herida en un momento dado, por medio de una puntada previa, en caso de perforación de la coroides y poder evitar la pérdida del vitreo, para lo cual he procedido siguiendo la técnica que en 1932 dió a conocer Linder en la sociedad de Oftalmología de Viena, para el tratamiento

de los despegamientos con desgarradura en el polo posterior y que denominó método por socavación. (Unterminierungsmethode,) adoptando la solución de sosa cáustica al 1/100 propuesta por el Dr. Arruga.

TECNICA PROPUESTA

Localización preva de los desgarros retinianos sin llegar a la precisión del método de Gonin. Si los desgarros se encuentran en la mitad posterior del globo ocular, será preciso desinsertar previamente uno o dos de los músculos rectos, a fin de abatir el globo ocular y poner en el campo operatorio la región hacia la cual se encuentra la perforación.

Colocación de una puntada en U de seda fina, tomando como la mitad del espesor de la esclerótica, de manera que las puntadas que circunscriben la lazada queden distantes entre sí como 3 milímetros. Insición de 3 o 4 milímetros por medio de un cuchillo de Graefe en la parte intermedia a las puntadas, dividiendo lámina por lámina de la esclera hasta descubrir la coroides que aparece en el fondo de la pequeña herida como una mancha negra y brillante.

Despegamiento de la coroides por medio de un gancho romano de estribo, o por medio de una espátula roma y fina que se insina por la insición entre la coroides y la esclera apoyándose constantemente en el cara interna de esta membrana, a fin de no herir la coroides y despegándola en una zona como de un centímetro de radio. En caso de que se lesione la coroides se cerrarán inmediatamente los hilos a fin de evitar una pérdida de vitreo.

Inyección de unas cuantas gotas de la solución de sosa cáustica al 1/100, hecho lo cual se anudarán los hilos. Si hubiere existido pérdida de vitreo y si ha sido pequeña y se ha logrado despegar alguna porción de la coroides, se entreabrirán, los labios de la herida y se inyectará una pequeña cantidad de la solución. Si esto no es posible o existe el temor de una pérdida mayor de vitreo se hará una incisión a 5 ó 6 milímetros distante de la anterior para practicar por ella la inyección.

En los enfermos que he operado he practicado 2 y hasta 4 insiciones seguidas de inyección. Sobre viene inmediatamente después una reacción bastante intensa y con bastante dolor que hace indispensable el empleo de la morfina.

La solución de sosa cáustica al 1/100 es la que recomienda el Dr.

Arruga como resultado de sus interesantes trabajos sobre coroiditis experimental adhesiva que ha hecho con diferentes agentes caústicos, el calor y la diatermia, habiendo encontrado que dicha solución llena completamente su objeto sin producir graves alteraciones en la estructura de la corodes y de la retina.

OTROS PROCEDIMIENTOS

Aparte de los métodos que he descrito y que tratan de ocluir directamente la perforación retiniana, mediante un proceso de coroiditis adhesiva-aséptica, debo mencionar algunos otros que practicamente conducen al mismo fin y que han dado algunos buenos resultados.

PROCEDIMIENTO DE SOURDILLE

Consiste esencialmente en hacer una punción escleral por medio del cuchillo de catarata o de gálvano-cauterio, vaciando el líquido subretineal inyectando después en el espacio comprendido entre la cápsula de Tenon y el globo ocular un líquido caústico o esclerosante, tal como la solución de cianuro hidrargírico al 1/100.

He tenido la mala suerte de que las pocas veces que he practicado el procedimiento no he visto ningún buen resultado. En cambio conozco algunos enfermos curados con él por otros distinguidos colegas

Entre ellos tengo en tratamiento a un paciente con miopía alta progresiva y lesiones coroideas muy avanzadas en el ojo derecho y que fue operado por mi estimable colega el Sr. Dr. Alonso hace varios años de un despegamiento retiniano del ojo izquierdo con re aplicación anatómica perfecta y que hasta la fecha persiste, pero por desgracia cuando esto sucedió la retina estaba tan degenerada que el paciente apenas si percibe un poco de luz y bultos.

ELECTRO-DIATERMIA

La diatermo-coagulación propuesta por autores tan respetables como Larrison, y Wewe, Meller, Safar, Clausen y otros que consiste en provocar una o varias escaras en la esclerótica por pequeños electrodos de un aparato de diatermia y por cuyo proceso de eliminación y reparación provocan una coroiditis aséptica. El Dr. Arruga que ha sometido a la experimentación este procedimiento en animales de laboratorio lo ha encontrado inconveniente, para aplicarlo en la clínica por los estragos excesivos causados por la irradiación térmica, que pre-

dispone secundariamente a nuevos desgarros y despegamientos de la retina. Sin embargo, el procedimiento cada día tiene más adeptos y se ha mostrado útil en la práctica. Tiene la inmensa ventaja de su extremada sencillez comparado con los otros procedimientos y la posibilidad de poder alcanzar los desgarros en cualquier sitio que se encuentren.

Otros procedimientos como el capotage de Lagrange con el gálvano-cauterio, o con agujas electrolíticas están actualmente en desuso por no haber correspondido a lo que se esperaba de ellos.

Finalmente, aunque no se trata precisamente de un procedimiento quirúrgico, pero con el cual he obtenido algunos buenos resultados, debo mencionar el propuesto hace algunos años por un estimable colega mexicano, el Dr. Rafael Mendoza y consiste en hacer una pequeña placa de yeso modelada directamente sobre los párpados y región oculopalpebral, cuya placa se deja a permanencia por varios días y a veces por semanas sobre el globo ocular, sujeta por medio de un vendaje compresivo.

Del 3o. al 4o. día el aparato provoca una reacción ciliar que amerita el uso de la atropina y es cuando el paciente acusa una mejoría que induce a uno a dejar el aparato sobre el ojo, vigilando estrechamente la reacción inflamatoria. Cuento con este procedimiento en mi haber varios casos de curaciones de despegamientos retinianos y en la actualidad tengo en tratamiento un paciente con la retina totalmente reaplicada. Yo atribuyo el efecto curativo de ese sencillísimo procedimiento a la reacción inflamatoria que determina la presión y irritación continua que produce el parato y esta misma causa es sin duda la que determina la curación espontánea de algunos despegamientos retinianos, sobre todo aquellos que se han producido por traumatismo ocular. He podido presenciar varios de estos casos que serán objeto de una comunicación especial que tengo en preparación.

CASOS CLINICOS

No. 1.—M. de la V. 17 años. Constitución delicada Miopía legera en ambos ojos. Wasserman y Kahn negativos. Imagen de Arneht desviada a la izquierda. Tuvo los primeros síntomas de despegamiento en Abril de 1932 y 2 meses después en el ojo izquierdo sin haber tenido una causa de importancia a que atribuirlo.

Se presentó a fines de agosto de 1932, encontrándose un doble y

amplio despegamiento retiniano en la parte inferior, cuyos pliegues partían desde las papilas. Los objetos los veía cortados, siendo la visión del O. D. a dedos a un metro y un poco menor en el izquierdo. En el ojo derecho se pudo apreciar un pequeño desgarró en el polo posterior. Se hizo el Linder en el ojo izquierdo el día 29 de noviembre habiéndose presentado una pequeña pérdida de vitreo. La retina se reaplicó casi totalmente y la visión fue mejorando hasta alcanzar a 0.3 en la actualidad. De la misma manera, el resto de la retina que aún faltaba por reapplicarse a vuelto a su lugar.

El ojo derecho se operó por el mismo procedimiento el día 14 de diciembre. Hubo pérdida mayor de vitreo, pero la retina se reapplicó casi en su totalidad, aun cuando hasta la fecha persiste una pequeña porción despegada en la parte inferior. La visión es de O. 1. El campo es normal en ambos ojos.

2o. Caso.—J. C. 29 años. Antecedentes luéticos desde hace 10 años, con reacción de Wasserman. + + +

Se presentó con un despegamiento antiguo de la retina en el ojo derecho en octubre de 1932. La retina flotaba en una gran extensión y presentaba algunas manchas degenerativas y una gran desgarradura en la región temporal, hacia la ora serrata. La visión era sólo posible hacia la parte inferior y distinguía los dedos y bultos.

Se practicó la operación de Linder el 5 de enero de 1933, previo tratamiento específico intenso, habiéndose observado días más tarde una gran mejoría en la visión, con una disminución notable del despegamiento. Desgraciadamente este enfermo poco después comenzó a empeorar teniendo en la actualidad una visión y un campo menor a los de antes de la intervención. La retina presenta manchas blancas y negras degenerativas, se ha reapplicado en gran parte y se ha soldado la perforación, pero el vitreo está turbio y hay lesiones de neurorretinitis que indudablemente dependen de su mal terreno.

Caso No. 3.—A. B., de 30 años. Wasserman negativa. Imagen de Arneth desviada a la izquierda. Se presentó el 1o. de marzo de 1931 con un despegamiento que databa de 14 meses, teniendo una perforación en el polo posterior. El campo estaba muy reducido y la visión era de 1/20. Se practicó el Linder el 4 de abril de 1933 habiéndose observado inmediatamente una mejoría en la visión y en el campo. El despegamiento persiste aunque bastante reducido y es de esperarse que el resultado de la operación continúe un curso favorable como aconteció en el caso primero.

Caso 4o.—D. R. Despegamiento doble muy antiguo consecutivo a retinitis proliferante. La reacción de Wassermann es ++. La visión en el O. D. estaba reducida a la luz y bultos. En el ojo izquierdo a 2/100. Se hizo la intervención en el ojo derecho a fin de ver si era susceptible de que el procedimiento mejorara estos casos que por regla general deben excluirse, habiéndose observado una mejoría insignificante en el campo, pero no en la visión.

Caso 5o.—A. C., de 30 años. Reacción de Wassermann negativa. Miopía alta que corrige con cristales de -18 D. y con algunas lesiones coroideas en ambos ojos. Se presentó a fines de mayo de 1933, siendo la visión del ojo derecho con los anteojos de 0.3 y de bultos para el izquierdo. El despegamiento sobrevino a las 2 semanas de un viaje de ida y vuelta que hizo en camión a la Ciudad de Puebla. El examen demostró un despegamiento amplio de la retina con dos desgarros en la parte alta y hacia el ecuador, una grande de forma cuadrada sobre el meridiano de la 1. H. y el otro pequeño semilunar, sobre el meridiano de los 11h. El campo estaba muy estrecho y hubo algunos cambios en su forma días antes. Se practicó el Linder sobre la zona de los desgarros el día 6 de abril de 1933, estando en estos momentos, el paciente todavía en tratamiento, pero se ha obtenido desde luego la reaplicación total e inmediata de la retina, como lo como lo demuestra el campo visual que fue tomado diez días después. La visión es todavía de dedos a 50 centímetros. Es de notar que no se percibe ninguna alteración grave en la zona en que se hizo la inyección de sosa caústica y que los desgarros de la retina se perciben con toda claridad, pero sin que la membrana flote en el vitreo como antes.

CONCLUSIONES

Indudablemente que de tan corto número de casos y los más de ellos tan recientes, no se puede sacar ninguna conclusión definitiva; pero los resultados obtenidos hasta este momento son muy alhagadores y me autorizan a seguir empleado el procedimiento.

Lo encuentro ventajoso sobre el de Gonin y sobre el de Linder y Guist por la posibilidad de aplicarse aun de los casos en que es inaplicable el Gonin por la situación de los desgarros. La inyección de sosa caústica al 1/100 hasta ahora no parece provocar ninguna alteración grave en la retina, ni en la coroides y la sutura previa escleral que practico antes de hacer la insición le da una seguridad muy grande al procedimiento y permite completar el acto operatorio que es nece-

sario suspenderlo en otros procedimientos cuando acontece la pérdida de vitreo.

México, abril 19 de 1933

COMENTARIOS:

Dr. Antonio Torres Estrada.

Dr. Antonio Torres Estrada: (Durante esta lectura se interrumpe para hablar de los 5 casos clínicos a que se ha referido, diciendo que los más antiguos son de noviembre a diciembre y los más recientes del mes de mayo). El estado de los campos visuales va a ahorrarles a ustedes la lectura de las historias. (Hace circular unas gráficas en que pueden apreciarse estos detalles). Presenta el primer caso que se trataba de un joven con despegamiento doble de la retina, explicando la operación que se practicó y el resultado alcanzado que es muy satisfactorio como puede observarse en la gráfica respectiva. En seguida vienen dos casos malos: un paciente con un despegamiento antiquísimo, con lesiones de generativas de la retina muy acentuadas; se le operó en enero, hubo una mejoría muy apreciable después de la operación, pero posteriormente la vista se fué debilitando y el campo se fue estrechando y por lo tanto el resultado de la intervención puede considerarse malo. El enfermo era sifilítico y probablemente este hecho, demostrado por dos reacciones de Wassermann fuertemente positivas fue la causa del fracaso. El otro caso malo corresponde a un muchacho que tenía dos desgarraduras en la retina. El despegamiento era muy antiguo, había lesiones degenerativas y de retinitis polifera, siendo la visión casi nula. Alentado por los casos anteriores e instado por el enfermo para que lo operara hice la intervención, cuyo resultado no podría decir si ha sido mejor con respecto a su condición anterior; tenía una visión solamente de luz y bultos después de la operación la visión parece que ha bajado, pero en cambio ha aparecido otra zona en que la retina percibe la luz. A continuación habla de un caso bueno; es una paciente con un despegamiento antiguo de 14 meses, se operó el día 6 de mayo y acusa actualmente una mejoría tanto en la visión como en el campo. Otro caso bueno es el de un enfermo que tenía miopía alta y despegamiento de la retina del ojo izquierdo el cual se presentó a continuación de un

viaje redondo en automóvil que practicó el enfermo a Puebla. Días después notó la falta de visión en ese ojo y se le operó el 5 de abril alcanzándose la reaplicación total de la retina con mejoramiento de la visión y cicatrización del desgarro que presentaba la retina. Lee en segunda las conclusiones de su trabajo.

Dr. Alonso.—No tuve el gusto de oír el principio de este trabajo, pero es un estudio muy importante por su patogenia: en el Congreso que se verificó en Madrid, recientemente el doctor Arruga fue el encargado de presentar la ponencia más importante de este Congreso en el que se van a tratar asuntos tan interesantes para nosotros, como la línea internacional del tracoma, que tanto nos afecta en nuestra condición de país de inmigración. Se ha discutido mucho lo relativo al despegamiento de la retina desde el punto de vista patogónico y de las causas de una manera enteramente variable. Muchas veces son lesiones muy antiguas, tuberculosas, las que producen este despegamiento, y otras la perforación de la retina. La evolución de esta teoría ha causado una revolución en la terapéutica de este padecimiento; los estudios de Gonin a que se refiere el doctor Torres Estrada, han empezado desde el tratamiento puramente médico, con reposo, sudorífico; comprensión, sobre la cual se han inventado varios aparatos, aun aquí en México, hasta la intervención quirúrgica por medio de la ignipunción y la punción simple. Indudablemente que el número de éxitos crece de manera extraordinaria, vinieron después los procedimientos de Sourdille en que se inyectaban sustancias irritantes, lo que constituye un progreso enorme. El doctor Torres Estrada ha tenido la desgracia de no obtener muy buenos resultados con este procedimiento, en cambio con otros sí obtuvo éxitos mejores porque se produjo la irritación la que buscan actualmente todos los procedimientos y en esta forma se obtienen magníficos resultados. Gonin introduce la punta fina de un termocauterio en el sitio de la desgarradura retiniana; aquí pasa lo que con las trepanaciones del cráneo: la trepanación la puede hacer un cirujano general, la cuestión es localizar dónde debe hacerse y lo mismo pasa con el galvanocauterio, los procedimientos son muy extremosos, pero cuando el doctor Torres Estrada siga estos asuntos ya tocaré yo esta cuestión del sitio de la desgarradura retiniana; aquí pasa lo que con las trepanaciones del cráneo: la trepanación la puede hacer un cirujano general, la cuestión es localizar dónde debe hacerse y lo mismo pasa con el galvanocauterio, los procedimientos son muy extremosos pero cuando el doctor Torres Estrada siga tratando estos asuntos ya tocaré yo esta cuestión del sitio de

la desgarradura de la retina. Arruga que tiene una manera de localización admirable, cree que después de la desgarradura producida por alteración del vítreo que la retrae, vienen las contracciones que producen al ruptura de la retina. Ultimamente hay estudios, que afirman que la causa del despegamiento está en el vítreo y no en la ruptura de la retina y esto precisamente está discutiéndose. Felicito al doctor Torres Estrada por su interesante trabajo.

Dr. Rivero Borrell.—Yo no entiendo de estas cuestiones de oftalmología pero he visto que hacen resaltar la dificultad de llegar al sitio de los desgarramientos y esto me sugiere la idea que no sé si será aplicable y que yo me permito someter a ustedes es la posibilidad de hacer esa punción utilizando corrientes de alta frecuencia para producir en el lugar deseado una electrocoagulación que equivale a la quemadura del galvanocauterio. Esto se hace con una aguja muy fina, se hace pasar la corriente oprimiendo un pedal, de manera que puede ir pasando por la aguja con mucha suavidad y aplicarla únicamente cuando se llegara al sitio deseado.

Dr. Antonio Torres Estrada.—El estado general es algo muy importante, y da la coincidencia de que en la mayor parte de los enfermos que he observado predomina el estado tuberculoso. El primer caso se me presentó desde agosto y lo operé hasta diciembre por tenerlo que preparar con un tratamiento de tuberculina. Hace unos 6 años aproximadamente cuando casi no había leído nada sobre esta complicación tuberculosa me tocó la suerte de encontrar un enfermo con despegamiento mejoro bastante y desde entonces tuve esta enseñanza muy grande. Respecto a lo que dice el doctor Rivero Borrell, hago la aclaración de que en mi trabajo cito yo a Meller de Viena y a otros oftalmólogos que precisamente insisten en la electrocoagulación. Haciendo la advertencia de que es un procedimiento muy sencillo comparado con el de Gonin y más aún el de Linder y de Guist que requiere hacerse en dos días. La electrocoagulación tiene la ventaja sobre todo de poder hacerse en el polo posterior; pero en cambio de esta ventaja parece que en algunos autores da resultado y en otros no, debido quizá a que en el vítreo se provoca una mortificación bastante acentuada de los tejidos que ocasionan la retracción y nuevos despegamientos y desgarros en la retina. En todos estos procedimientos vienen trastornos muy serios porque la cauterización no se puede limitar tan exactamente como con el galvanocauterio.