

36. **Contribución al estudio de la fisiopatología del choque glucídico.**—Elvira F. Miranda.
37. **Corta comunicación sobre la experiencia con la protamina insulina (Leo-Retar) en la diabetes de los niños.**—Frey. Viena. Archivos de enfermedades de niños. Tomo 109, libro N° 4. Extracto del D. M. W. 1937, pág. 207.
38. **Experiencia clínica en el protaminato de insulina en las diabetes quirúrgicas.**—Por E. Schnohr. Copenhague. Acta quirúrgica escandinava. Estokolmo. Tomo 78, cuadernos 5-6. Extracto del D. M. W. 1937, pág. 117.

Despegamiento del Vítreo

Observación de un Caso Clínico

Por el Dr. ANTONIO TORRES ESTRADA *

Uno de los padecimientos más raros de la patología ocular es, sin duda, el despegamiento del vítreo, lesión que no existe como entidad nosológica aislada, sino que se presenta como una complicación de padecimientos ya existentes en las membranas internas del ojo, o del vítreo mismo.

Dicha lesión consiste en una retracción del vítreo que provoca una separación entre éste y la retina en forma de embudo o de paraguas a medio cerrar, muy semejante a la forma que adquiere el despegamiento total de la retina en los grados más avanzados. Este aspecto es debido a las adherencias que tiene el vítreo adelante hacia la ora serrata y atrás en una área circular adyacente al nervio óptico. El resto del cuerpo vítreo; está simplemente adosado a la retina formando un espacio virtual entre esta membrana y la hialoides. Los despegamientos formados en este espacio constituyen la variedad posterior de la lesión; pero también se han señalado casos en que por una desinserción de la porción anterior del vítreo, la separación entre éste y la retina puede verificarse hacia la parte anterior, lo que constituye la variedad anterior de la lesión.

La escasa literatura que existe sobre el particular se refiere principalmente a estudios de laboratorio efectuados en piezas anatomopatológicas, en las que al ser examinadas por motivos diversos se ha

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 28 de abril de 1937.

podido descubrir de una manera casual la separación señalada entre el vítreo y la retina, que no podía atribuirse a modificaciones sufridas por los tejidos durante las maniobras de fijación e inclusión de las piezas, debido a que había datos suficientes para afirmar que la lesión existía antes de haber sido enucleado el ojo.

Fué H. Müller en 1856 quien señaló por primera vez este hallazgo anatomopatológico; trece años después, Ivanoff presentó un trabajo en el que manifestaba haber encontrado la lesión tres veces después de haber practicado el estudio en 300 ojos; más tarde diversos investigadores siguen confirmando estos hallazgos con alguna frecuencia, y son dignos de mencionarse los estudios de Gouvea tratando de reproducir experimentalmente en el perro despegamientos del vítreo mediante punciones, cuyos estudios fracasaron porque casi siempre se obtenía preferentemente un despegamiento de la retina.

Parece que fué Knapp el primero que pudo diagnosticar un despegamiento posterior del vítreo en el vivo, confirmando después el diagnóstico por la autopsia. El aspecto de la lesión era el de una membrana gris azulosa, ondulada y flotante que se hallaba en el polo posterior del ojo. Después de Knapp algunos otros autores, entre ellos Weiss, Galezowsky, Badal y otros más, han señalado despegamientos posteriores del vítreo. Dimmer, en 1889, y más tarde Pagenstecher, señalaron por primera vez los despegamientos anteriores del vítreo como una lesión consecutiva a la extracción de la catarata. Después de estas comunicaciones no he tenido conocimiento sino de algunas muy recientes, que también se refieren a despegamientos anteriores, en las que insistiré al final de este trabajo.

Los tratados clásicos de oftalmología y las obras de consultas apenas si mencionan el despegamiento del vítreo, como se verá en la corta relación que sigue:

La Enciclopedia Francesa de Oftalmología consagra un corto capítulo a esta lesión, en el que se encuentra una relación de los trabajos hasta entonces publicados y todos, con excepción de unos cuantos, se refieren a estudios de laboratorio.

En el antiguo Tratado de Oftalmología, de Wecker y Landolt, ya se halla un capítulo tratando del asunto y en él se estudian los despegamientos según la forma que tienen y el sitio en que se encuen-

tran; pero los autores consideran que es casi imposible hacer el diagnóstico en el vivo.

La Enciclopedia Americana de Oftalmología apenas si estudia en una página dicha alteración y los trabajos que cita se refieren exclusivamente a estudios de laboratorio.

En las Memorias del Congreso Internacional de Oftalmología celebrado en Wáshington el año de 1922 se encuentra un trabajo de Sir William Lister, de Londres, sobre estudios anatomopatológicos en los que había encontrado varios casos con despegamiento del vítreo. Dicho trabajo despertó gran interés y fué comentado por los siguientes congresistas: Dr. M. Feingold, Dr. Holloway, Prof. Gallemaerts, Dr. J. E. Weeks, Prof. Nordenson, Cor. R. H. Elliot, Dr. Barraquer, Dr. Park Lewis, Dr. F. H. Werhoeff y Dr. M. E. Treacher Collins. Ninguno de los respetables comentaristas se refirió a ningún caso clínico, versando la discusión sobre la posibilidad de que la lesión pudiera existir en el vivo y sobre detalles de la estructura del vítreo en relación con el trabajo del autor.

En la última edición de la obra clásica del Prof. Fuchs, de Viena, revisada y anotada por Salzmann, se consagran unas cuantas líneas al padecimiento, las que transcribo casi íntegramente:

“El vítreo, alterado por sínquisis, muestra una gran tendencia a la retracción, separándose de la retina y quedando solamente adherido al cuerpo ciliar (ora serrata) y al orbiculus ciliaris. El despegamiento no es diagnosticable en el vivo. Lo que se ha publicado como tal (reflejo en banda arqueada de Weiss en la miopía progresiva) ha resultado ser errores de diagnóstico. Esta lesión es una de las causas más importantes del despegamiento de la retina y conduce a la ceguera y a la atrofia.”

Sin embargo, a las primeras observaciones clínicas del despegamiento del vítreo hechas por Knapp, Pagenstecher, Galezowsky, Dimmer, Weiss y otros autores más, se han venido a sumar algunas más recientes de Bassin, Pillat, Dor, Comberg, Isakowitz, Kraupa, Rotth, Sobhy y otros más, que se refieren principalmente a la variedad anterior del despegamiento del vítreo.

No está, por lo tanto, fuera de lo posible hacer este diagnóstico en la clínica cuando se ha comprobado por los estudios anatomopatológicos que la lesión preexiste en el vivo y en cuanto se refiere a los

despegamientos anteriores, existen ya bastantes observaciones perfectamente comprobadas para asegurar la existencia de la citada lesión.

La casualidad me ha deparado un caso en que pude estudiar con todo cuidado un despegamiento anterior del vítreo consecutivo a una operación de catarata, el cual tengo el honor de comunicar a esta H. Corporación, por considerarlo interesante y digno de estudio, no sólo porque viene a enriquecer la literatura con una observación más, sino por las enseñanzas y el convencimiento que deja con relación a esta lesión.

Señora P. F. de M., de 47 años. Originaria de Guadalajara, Jal. Desde muy joven ha padecido de los ojos y desde hace veinte años la he tratado de varios accidentes y alternativas de un viejo padecimiento ocular, consistente en una iridociclitis doble que terminó con seclusión pupilar. Hace diez y ocho años le practiqué una iridectomía en cada ojo, para tratar esta lesión que la tenía sumida en la ceguera desde hace varios años. Con dicha iridectomía, que fué amplia en el ojo derecho y en cambio muy reducida en el izquierdo, la paciente recuperó tan sólo en parte la vista, dado el mal estado de sus medios; pero fué lo bastante para poder conducirse por sí misma, practicar algunos trabajos domésticos y hasta le permitió algunos años más tarde contraer matrimonio. Hasta la fecha no ha tenido familia. Su aspecto general es bastante sano; pero en agosto de 1936 ocurrió nuevamente a mi consultorio en un grado completo de ceguera a causa de haberse formado sendas cataratas en sus ojos. Los exámenes de laboratorio dieron una reacción de Wassermann negativa, cuyo dato concordaba con los exámenes practicados en años anteriores.

La R. de Besredka era intensamente positiva; en la imagen de Arneth acusaba una inversión nuclear a la izquierda: I/16 II/64 III/45. La urea y la glucosa daban cifras dentro de las normales en la sangre. La exploración general no arrojó ningún síntoma digno de mención.

La exploración ocular practicada en el O. D. acusaba los síntomas siguientes: Segmento anterior pálido y sin huellas de inflamación reciente. En el limbo se veía la cicatriz operatoria de la iridectomía. La cámara anterior era de profundidad normal. El iris, además del coloboma operatorio, acusaba degeneración por el proceso inflamatorio anterior, siendo la superficie lisa, con pérdida del dibujo y de las criptas de Fuchs; tenía, además, algunas sinequias posteriores en la

parte inferior; los movimientos del ojo y de la cabeza provocaban una ligera iridodonesis, cuyos movimientos se trasmitían al cristalino. Bajo la acción de la luz se contraía la membrana parcialmente. El cristalino, además de las adherencias con el iris y la existencia de una delgada membrana pupilar, estaba totalmente opaco. En la parte más alta del coloboma y a través de él, se alcanzaba a ver el borde cristaliniano, menos opaco que el resto, y arriba de éste se alcanzaba a ver una pequeña porción periférica del fondo del ojo con su color rojizo normal, sin que se pudiera apreciar nada notoriamente anormal. La enferma percibía claramente la luz y los bultos y acusaba una buena proyección. La tensión estaba ligeramente disminuída.

El ojo izquierdo acusaba un estado semejante al derecho en el segmento anterior y tenía las mismas degeneraciones del iris; sin embargo, el coloboma era casi lineal y las sinequias eran mayores, más fuertes y la membrana pupilar más densa. Con alguna dificultad era posible ver, hacia la parte alta, el cristalino también totalmente opaco; pero no era posible percibir su borde, ni menos alguna porción del fondo ocular, como en el otro ojo.

La iridodonesis existía aunque apenas perceptible. La tensión estaba también ligeramente disminuída y el ojo acusaba buena percepción y buena proyección luminosa.

Como los datos de laboratorio hacían pensar que las lesiones oculares de esta enferma podían ser de origen bacilar, se hizo un tratamiento previo a base de Solganal, yodo y tuberculina diluída a muy pequeñas dosis, según el método de Viton.

La enferma aumentó de peso más de 5 kilos en dos meses y no habiéndose comprobado ninguna reacción inflamatoria por parte de los ojos, se procedió a extraer la catarata del ojo derecho, advertida la paciente y los familiares de los riesgos de que estaba erizada la intervención. En efecto, era de esperarse un fracaso por el solo hecho de que se trataba de una catarata complicada y adherida al iris; además, era de tenerse en cuenta la existencia del temblor de esta membrana y del cristalino, así como cierto grado de hipotensión, lo que hacía pensar en la fluidez del vítreo, y finalmente, el hecho de intervenir en un ojo que había tenido antes un proceso inflamatorio era un motivo suficiente para reactivar dicho proceso.

La extracción de la catarata se hizo con las precauciones de ri-

gor, entre ellas la aquinesia de los párpados y la aplicación previa de una doble sutura de Kalt, lo que permitió tallar un colgajo en puente, según Valude, en vez de un colgajo conjuntival libre. La combinación del puente y la doble sutura es una precaución que uso frecuentemente, sobre todo cuando practico la extracción intracapsular, o que por cualquiera otra circunstancia abrigó el temor de una pérdida de vítreo.

Apenas terminada la incisión hubo salida de un líquido bastante fluido y ligeramente amarillento, que inmediatamente identifiqué con el vítreo en estado de sínquisis. Dicha pérdida provocó cierto grado de colapso ocular, motivo por el cual sin vacilación cerré parcialmente la herida operatoria, valiéndome de las suturas previamente aplicadas. En seguida, con el asa de Tefor, luxé el cristalino atrayéndolo hacia la herida operatoria, sirviéndome así de tapón para evitar que el vítreo continuara saliendo. Ya una vez el cristalino detenido en la herida operatoria e insinuando debajo del puente conjuntival, fué extraído con toda calma empujándolo por su borde con un gancho de estrabismo, al mismo tiempo que se iba cerrando la herida operatoria y deteniendo la salida del vítreo. Terminada la extracción anudé definitivamente los hilos de las suturas de Kalt y practiqué algunas puntadas más en la conjuntiva para mayor seguridad. Finalmente apliqué el apósito. Después de la intervención mi estado de ánimo había quedado contrariado por las pocas esperanzas que tenía de un buen resultado operatorio, dadas las malas condiciones en que se encontraba el ojo y por la pérdida habida del vítreo.

Al tercer día levanté el apósito; la cámara anterior estaba formada, pero ocupada por un líquido turbio y sanguinolento que no permitía apreciar ningún detalle; la herida estaba cerrada; el ojo poco inyectado y percibiendo la luz.

En los días consecutivos el estado del órgano fué mejorando, se aclaró por completo la cámara anterior y entonces pude darme cuenta de que había alguna reacción del iris con formación de exudados que cerraban parcialmente el coloboma iriano.

A los ocho días se quitaron las puntadas, con lo cual disminuyó la reacción inflamatoria. La enferma continuaba mirando la luz y los bultos y la tensión del ojo no estaba muy abatida.

A los quince días de operada la enferma salió del hospital con una

visión escasa que sólo le permitía ver la luz, los bultos y contar difícilmente los dedos. El ojo estaba más desinflamado y los exudados pupilares comenzaban a reabsorberse.

La pérdida del vítreo, el estado de sínquisis en que se encontraba éste y la escasa visión de la enferma me hacían presumir un despegamiento de la retina; pero un examen ocular cuidadoso sólo indicaba un enturbiamiento pulverulento y difuso del vítreo, que no permitía apreciar detalles finos del fondo del ojo y que sin embargo hacía desechar la idea de que existiera dicho despegamiento.

Se instituyó nuevamente el tratamiento general antes mencionado y localmente se prescribió dionina y atropina. La visión fué mejorando paulatinamente, al grado de que la enferma se podía conducir por sí sola dentro de las habitaciones, contaba mejor las dedos y podía reconocer algunos objetos. El vítreo al mismo tiempo se iba aclarando y se comenzaban a distinguir algunos detalles del fondo del ojo. Fué entonces cuando pude darme cuenta de la existencia de un reflejo azulado y ondulado, detalle raro que por primera vez observaba, en mi obsesión de buscar algún desprendimiento retiniano u otra lesión de las membranas internas del ojo que dieran la explicación de la visión tan escasa de la enferma.

Por entonces el estado del ojo era el siguiente: reacción ciliar moderada, sólo visible a la lupa. Cámara anterior aumentada y ocupada por un líquido transparente, el campo pupilar estaba cerrado en parte por una fina membrana de naturaleza inflamatoria, pero que permitía ver los detalles del vítreo y demás partes del fondo del ojo. El iris no acusaba nada de particular, salvo las alteraciones que desde antes tenía y que han sido descritas. El vítreo era extraordinariamente móvil y tenía aún bastantes exudados pulverulentos y algunos otros más gruesos que se movían lateralmente con los movimientos del ojo y tendían a girar cuando el movimiento era brusco.

En la parte más alta del coloboma iriano se advertían con toda claridad los detalles de la retina sin ninguna alteración apreciable y un poco más abajo esta claridad se perdía bruscamente apareciendo los detalles del fondo del ojo algo velados por la opacidad del vítreo. Mirando con atención se daba uno cuenta de que este cambio brusco entre la parte completamente clara y la turbia, correspondía al reflejo azulado que antes había observado y que era fácil identificarlo con una superficie de limitación entre ambas zonas. Variando la inciden-

cia de la luz esta superficie era más o menos visible, llegando momentos en que desaparecía por completo. Su dirección era casi horizontal, con rugosidades muy marcadas que semejaban un pequeño mar de nubes, con la diferencia de que era sumamente móvil, con movimientos semejantes a los de una bandera agitada por el viento. Sus límites se perdían adelante hacia la cámara anterior y atrás en dirección del polo posterior, sin tener límites precisos. Tratando de buscar alguna semejanza entre esta lesión y algo bien conocido, encuentro que apenas una hernia del vítreo en la cámara anterior ofrece una imagen parecida y que sólo es posible observar en condiciones apropiadas de iluminación. También podría compararse con el aspecto que toma la porción sumergida de un fragmento de hielo en el agua, cuya superficie también puede ser visible o invisible cambiando la incidencia de la luz y también puede dar un reflejo azuloso muy semejante al que he descrito en el ojo.

La lesión antes descrita, tuve oportunidad de observarla dos o tres veces por semana durante unos tres meses y en ese tiempo no sólo pude asegurarme de su rara apariencia, sino que observaba el fondo del ojo con insistencia por el temor de encontrarme uno de esos días con algún cambio desfavorable, entre otros, un despegamiento retiniano, toda vez que esta complicación es muy frecuente en las operaciones de catarata en que ha habido pérdida de vítreo. Al final de este tiempo la enferma resolvió volverse para Guadalajara con una visión bastante escasa, pero con la cual estaba conforme, lo que es explicable si se tiene en cuenta que se trataba de una persona que se había pasado una buena parte de su vida casi ciega y que después de la intervención quirúrgica practicada, obtuvo alguna visión que iba mejorando a medida que los días iban pasando.

Diagnóstico

Por todos los antecedentes relativos al padecimiento ocular de esta enferma, el cual culminó con la formación de cataratas en ambos ojos, se llegaba a la conclusión de que dichas cataratas pertenecían a la variedad conocida con el nombre de cataratas complicadas y que, en consecuencia, los ojos no sólo estaban afectados de la opacidad del cristalino, sino de otras alteraciones que en parte se reconocían por los demás síntomas encontrados durante la exploración ocular y de los

cuales los más importantes eran aquellos que traducían las alteraciones del vítreo: sinquisis y hialitis. La intervención quirúrgica y la secuela post-operatoria no hicieron sino confirmar el diagnóstico que con anterioridad se había hecho.

Con relación a las lesiones observadas posteriormente en el vítreo, con todo y ser extraordinariamente raras, era difícil confundirlas con otra alteración que no fuera la división de dos masas flúidas, transparentes y no miscibles entre sí. Ahora bien, desde el momento que pude identificar el reflejo azuloso con la hialoides, o más simplemente con la superficie de separación entre el vítreo y un líquido transparente, que por continuarse hacia la cámara anterior bien pudiera pensarse que se tratara del humor acuoso, no vacilé en identificar al mismo tiempo la lesión observada como un caso típico de despegamiento anterior del vítreo.

El aspecto de la lesión es tan característico que casi no cabe establecer diagnóstico diferencial alguno; sin embargo, un despegamiento de la retina, una hernia del vítreo en la cámara anterior, o bien un cisticercos en el vítreo, podrían ofrecer un aspecto algo parecido, motivo por el cual trataré de establecer las diferencias que el despegamiento del vítreo tiene con dichas lesiones.

En el despegamiento de la retina existe, por regla general, la fluidez y enturbiamiento del vítreo y cuando se ilumina el fondo del ojo, aparece en ciertos momentos un reflejo gris blanquiceo, pero estudiando con cuidado esta porción es fácil identificar dicho reflejo con la retina misma en su porción despegada, siendo posible ver los vasos, pliegues, hemorragias, perforaciones, movimiento característico y demás elementos que pueden encontrarse en dicha membrana.

Una hernia del vítreo en la cámara anterior, bastaría para diferenciarla de la lesión que vengo estudiando, con el simple hecho de precisar que se halla en la cámara anterior y no en el cuerpo vítreo. El diagnóstico es fácil hacerlo, simplemente con el alumbrado focal y la lupa, pero puede hacerse con mayor exactitud por medio de la lámpara de hendedura.

El cisticercos libre en el vítreo, emite reflejos principalmente dorados y a veces azulosos; pero el tamaño, la forma y los movimientos de expansión del parásito, tan característicos, difícilmente lo harían confundir con un despegamiento del vítreo.

A mayor abundamiento, en apoyo del diagnóstico que he formulado en la lesión que vengo observando en mi paciente, están algunas observaciones recientes del despegamiento anterior del vítreo que tienen una gran semejanza con la que he descrito.

Para no ser cansado, sólo me referiré a la última que ha llegado a mis manos, correspondiente a Bassin, publicada en el "Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde", del mes de noviembre de 1936; en ella se relata el caso de un individuo de 70 años que fué operado de catarata por el método de extracción total, habiendo ocurrido pérdida del vítreo. A los catorce días de operado se pudo distinguir un reflejo azulado que correspondía a la superficie de separación de la masa vítrea y de un líquido transparente; dicha superficie era ondulada, irregular y agitada de movimientos semejantes a los de una bandera. El vítreo, además de estar despegado de la retina, se introducía a la cámara anterior, formando una hernia. El autor había observado con anterioridad tres casos más de la lesión, aunque ciertamente se refieren a la variedad posterior.

Pronóstico

Desgraciadamente, no he vuelto a tener noticias del estado actual en que se encuentra mi enferma y me temo que la mejoría que se había acentuado después de algunas semanas de practicada la intervención, se haya convertido en empeoramiento. Todos los autores que han observado despegamiento del vítreo, están acordes en que el padecimiento es de pronóstico grave para el ojo.

Por razón natural debe ser así; en primer lugar, porque el despegamiento del vítreo debe considerarse como un estado más o menos avanzado de la degeneración del ojo; si se presenta de una manera espontánea y cuando éste es consecutivo a una intervención quirúrgica o a un traumatismo, el pronóstico debe ser aún más grave y es de esperar que si el vítreo continúa retrayéndose, o se produce una perforación en la retina, el resultado final será la atrofia del globo ocular o el despegamiento de dicha membrana.

Conclusiones

El despegamiento del vítreo es una lesión que existe y que puede ser diagnosticada en la clínica.

La fluidez del vítreo es una condición que predispone al despegamiento del vítreo.

La pérdida del vítreo en la extracción de la catarata tiene, además de los peligros habitualmente conocidos, el de provocar un despegamiento del vítreo.



Las Fiebres Post-Escarlatinosas

Por el Dr. MANUEL ESCONTRIA *

En la ciudad de México, como en todos los grandes centros urbanos, la escarlatina es endémica, con brotes epidémicos de mayor o menor importancia y que sin que tengan un ciclo absoluto, por lo general se presentan cada cinco años, plazo que entre otras explicaciones, tiene la muy plausible de corresponder a los ciclos escolares de la población infantil.

Del año de 1926 a la fecha, tiempo que llevo de ejercer la Pediatría aquí, me han tocado tres epidemias de escarlatina, correspondiendo a los años de 26, 31 y 36, siendo las dos primeras relativamente pequeñas por el número de enfermos y extraordinaria la de 36, no tan sólo por lo numeroso de los casos cuanto por ciertas circunstancias que señalaré en breve.

A principios de marzo del pasado año empezó a sorprenderme el número de escarlatinosos que me tocaba observar y fué por ello que desde el 15 de marzo del citado año puse empeño y cuidado en llevar cuenta cabal y anotación minuciosa de mis observaciones, que llegan el 31 de marzo de 1937, a la cifra de 537 casos.

Materia de muchos comentarios encuentro en esas 537 observaciones, pero me concretaré en este trabajo reglamentario al punto de vista que sirve de título, y para ello desecho los cuarenta y tres últimos enfermos que tienen menos de quince días de observación.

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 28 de abril de 1937.