ENFERMEDADES DEL CRISTALINO

LUXACIONES DEL CRISTALINO—(Observaciones números 512 a 513 A). La observación del número 512 ofrece particular interés por tratarse de una subluxación en la cámara posterior, cuya causa se ignora, pero en que se opacificó el cristalino y produjo fenómenos glaucomatosos que en estos casos son sumamente raros. El número 513 tenía su luxación hacía mucho tiempo y no le producía ninguna molestia; en cambio la enferma de la observación 513 A, quien tenía hacía mucho tiempo su cristalino opacificado y luxado en la cámara posterior, al hacer un esfuerzo luxó su cristalino en la cámara anterior. La intervención quirúrgica no presentó ninguna dificultad.

En las subluxaciones el cristalino ocupa parte del campo pupilar y puede durar mucho tiempo transparente. Produce molestia visual. Hay temblor del iris (iridonesis), dilatación y deformación pupilar. Con el alumbrado oftalmoscópico se ve la media luna del borde libre del cristalino. Fuera de los raros casos en que se presentan fenómenos glaucomotosos, el ojo soporta fácilmente la lesión sin necesidad de intervención.

En las luxaciones totales hacia atrás, el enfermo ve como un afáquico y necesita lentes convexos de diez a trece dioptrias para ver, pupila dilatada, iridodonesis, ausencia de imágenes de Sanson Purkinje y en muchos casos se ve con el oftalmoscopio flotar el cristalino en un vítreo reblandecido. Los fenómenos glaucomatosos son muy frecuentes.

El diagnóstico de las luxaciones en la cámara anterior no ofrece dificultad.

CATARATAS CONGENITALES (Observaciones números 514 a 528). La opacificación congenital del cristalino es bastante frecuente y por lo general se diagnostica desde los primeros meses de la vida, en que los padres notan una mancha blanca en el centro de la pupila del niño, o algún defecto en la visión que les obliga a acudir al especialista.

Siguiendo la antigua costumbre hemos clasificado en esta estadística las cataratas congenitales según su aspecto morfológico (totales, zonulares, polares, etc.), aunque es bien sabido que estas diversas modalidades no corresponden a entidades patológicas distintas ni tienen etiología diferente.

Nada más oscuro hasta hoy que la etiología de la catarata congenital, sobre la que se han hecho sinnúmero de las hipótesis que no pretendemos discutir. Lo que más llama la atención en estos enfermos, cuyo cristalino ha tenido tan imperfecto desarrollo, son otras lesiones concomitantes de

desarrollo anormal en diversas partes que hacen pensar en una posible heredosífilis, sin que hasta hoy se haya podido explicar cómo el agente patógeno penetre al cristalino.

Cuando estas cataratas no producen un verdadero impedimento visual, lo que sucede en la mayoría de los casos y sea cual fuere el tipo a que pertenecen, no hacemos ningún tratamiento quirúrgico (los tratamientos médicos son inútiles); nos contentamos con corregir los vicios de refracción.

Tuvimos ocasión de operar dos casos. Uno (observación número 515) en un niño de nueve años que nos sorprendió por lo duro de la catarata, en quien hicimos la extracción combinada, y otro (número 516) que presentaba una catarata zonular con buena visión en el ojo derecho y catarata total blanda en el izquierdo; operámos con extracción simple y aspiración.

Cataratas traumáticas—(Observaciones números 529 a 537). Los traumatismos de los ojos, ya sean simples contusiones o heridas penetrantes, pueden influír sobre el cristalino produciendo la opacificación en forma de catarata, por lo general blanda. Las contusiones pueden ser simples o producir una desgarradura de la cristaloide. Hay ojos en que una ligera contusión, que apenas recuerdan los enfermos (observaciones números 525 y 537), ha producido una catarata; en otros basta una fuerte conmoción, como el caso del número 350, quien notó que su cristalino se opacaba pocos días después de haber sufrido un accidente de fulguración por un rayo, que no le dejó ninguna otra lesión. Estas cataratas por contusión evolucionan por lo general de una manera más lenta que las producidas por heridas penetrantes, en lo general punzantes, que llegan a su completa madurez en pocos días.

De estas últimas figuran tres operadas por extracción simple con buen éxito, número 533, herida punzante con una lezna, y la número 534, que tiene de particular su bilateridad. Se trataba de un niño de seis años, quien se punzó con una aguja el ojo derecho, produciéndose una catarata que le operámos, y un año después, jugando con una lezna, se punzó el ojo izquierdo, produciéndose otra catarata que operámos. En ambos casos hicimos la extracción simple; las cataratas eran blandas, y el niño quedó con una buena visión.

Catarata senil —(Observaciones números 536 a 626). Sabido es que la transparencia absoluta del cristalino va perdiéndose con la edad, y que entre los veinticinco y treinta años, con un examen cuidadoso pueden notarse pequeñas diferencias de refringencia entre sus partes centrales y periféricas. Con los progresos de la edad y por causas que

aún son desconocidas, en muchos individuos esta diferencia de refringencia se marcan más y más hasta llegar a constituír la opacidad total o parcial del lente, que se llama catarata senil.

No es nuestro ánimo entrar aquí a hacer una descripción de las diferentes clases en que más o menos caprichosamente, según su morfología y marcha, se han agrupado las cataratas seniles, que todas llegan al mismo sensible resultado: la opacidad del cristalino; únicamente hemos hecho una división en dos grupos, poniendo en el primero bajo el rótulo de catarata senil, cristalinos que los oculistas llaman cataratas seniles maduras, y en el segundo, bajo el nombre de opacidades del cristalino, todos aquellos casos de cataratas infracapsulares, supranucleares, nucleares, etc., en que la poca opacidad del cristalino permite aún el paso de los rayos luminosos conservando una relativa visión.

Siendo tan oscura la etiología de la catarata senil, no tenemos datos en qué basarnos para explicar su frecuencia, que en esta estadística es grande: noventa casos divididos así: opacidades del cristalino, veintiséis casos (observaciones 601 a 626), y cataratas seniles, sesenta y cuatro casos (observaciones 536 a 600); quizás la viva luz de nuestra zona, que hace penetrar al ojo gran cantidad de rayos ultravioleta, tenga que ver en su producción.

En los tratados de patología ocular se habla de un frecuente cambio de refracción en los individuos que empiezan a tener cataratas, refracción que evoluciona hacia la miopia, miopia aistaliviana, que en algunos casos llega hasta a cuatro y cinco dioptrias; nosotros la hemos observado raras veces, pues entre los veintiséis casos citados de opacidades, sólo nueve eran mejorados con lentes cóncavos; y de esos nueve algunos eran antiguos miopes, cuya miopia no era debida a causas cristalinianas, sino a miopia esencial por alargamiento del glóbo del ojo.

Los autores no mencionan el caso de producirse una refracción en sentido inverso, evolucionando hacia el tipo hipermetropia; y de los casos citados de opacidades del cristalino, vimos algunos cuya agudeza visual mejoraba con el uso de lentes convexos, sin que en todos ellos pudiera decirse que se trataba de una antigua hipermetropia que vino a necesitar la corrección óptica, pues algunos habían sido examinados por nosotros antes de presentar su lesión cristaliniana y los habíamos encontrado emétropes, enturbiándoles su visión un lente convexo de media dioptria, y luégo fuimos sorprendidos al ver que al empezar la opacidad del cristalino la visión se mejoraba con esferas convexas, lo que nos hace pensar que esta aparente hiperme-

tropia es debida a un cambio en la forma del cristalino en los primeros tiempos de la catarata.

Como tratamiento no se ha encontrado hasta hoy sino el quirúrgico. Los colirios con yoduro de sodio y fosfato de soda tan preconizados en otro tiempo no han dado resultado.

En una época quisimos hacer experimentos sobre preparaciones de sueros facolíticos, basándonos en los experimentos de Metchnikoff sobre la propiedad que tienen ciertos sueros de disolver algunos elementos cuando el animal ha sido preparado para ellos. Así quisimos inyectar en conejos una emulsión de suero fisiológico de cataratas y cápsulas con el objeto de que el suero del conejo inyectado a un enfermo de catarata produjera su desorganización o reabsorción, como se ha observado en los sueros espermatolíticos. En los pocos experimentos que hicimos no obtuvimos ningún resultado, y no pudimos continuarlos debido a causas ajenas a nuestra voluntad. Sería de desear que en alguno de los laboratorios de nuestra Facultad de Medicina se emprendieran trabajos de esta clase, que no nos es dable llevar a cabo a los médicos que no disponemos de todos los elementos necesarios que en tales casos se requieren. Muy común entre los enfermos de Bogotá es la creencia de que algunas gotas de miel de abejas puestas en forma de colirio producen la regresión de la catarata. En los enfermos que hemos examinado y que se han aplicado este tratamiento, no hemos observado sino fuertes irritaciones conjuntivales e infecciones varias que se explican por lo fácilmente que en un medio azucarado se cultivan ciertos gérmenes.

En la elección del método operatorio somos eclécticos. Preferimos por mayor seguridad la extracción combinada con amplio colgajo conjuntival (método del doctor Morax), que ofrece grandes seguridades, sobre todo por evitar los dos posibles y más graves accidentes de la operación de la catarata: la hernia del iris y la infección. De los veintinueve casos que figuran como operados, la practicámos en diez y nueve con excelente resultado. (Sólo hubo un caso desgraciado [número 593], quien al sexto día de operado sufrió un golpe en el ojo, que produjo un desprendimiento de la retina, accidente que en manera alguna puede imputarse a la operación). Con este método y buena asepsia se está seguro aun en las cataratas diabéticas: el enfermo de la observación número 628 tenía 90 gramos de glucosa por litro; con un régimen severo se logró reducir hasta 10, y así se operó con excelente resultado, haciendo en un ojo la extracción combinada y en el otro la simple.

En algunos casos hemos hecho la iridectomía algunos días antes de la extracción del cristalino, como operación

preparatoria, sobre todo en enfermos pusilánimes o en aquellos en que no encontrábamos una absoluta madurez de la catarata. En los otros casos hicimos la extracción simple, siete intervenciones, y en dos la extracción simple con sutura de la córnea. En este último método hemos seguido el sistema de Kalt, con algunas modificaciones que tuvimos ocasión de hacerle en algunos casos operados por nosotros y sobre los que presentámos una pequeña memoria a la Sociedad de Cirugía de Bogotá (1).

CATARATAS DIABÉTICAS—(Observaciones números 627 y 628). Hemos observado en dos enfermos atacados de glicosuria, cataratas en uno en un solo ojo y en otro en ambos.

Antes de haberse introducido la asepsia en la cirugía oftalmológica se daba una grande importancia a estas cataratas, tanto que se donominaron diabéticas por creerse que eran causadas por la glicosuria, y como en el diabético las infecciones son más frecuentes y tenaces, se tenía la glicosuria como una contraindicación de la operación de la catarata, contraindicación que hoy ya no existe, debido a la asepsia.

CATARATA SECUNDARIA—(Observación número 629). Sólo un caso que no había sido operado por nosotros.

En la época en que estuvimos encargados de la clínica oftalmológica de la Facultad, tuvimos tres casos de cataratas secundarias: dos en operados por extracción simple y uno en un operado por extracción combinada. En este último la catarata sobrevino por infección; el enfermo, poco vigilado, se untó en el ojo saliva en ayunas y se produjeron fenómenos irianos infecciosos, que después de enfriados operámos por medio de una iridocapsulotomía con la pinza tijera de Vecker. Los otros dos casos fueron operados por extirpación de la cápsula (arrancamiento).

CATARATAS COMPLICADAS—(Observaciones números 630 y 631). Los dos casos observados eran por antiguos procesos inflamatorios del iris que habían producido la seclusión de la pupila, y como no había proyección luminosa, nos abstuvimos de operarlo.

CUERPOS FLOTANTES DEL VÍTREO—(Observaciones números 632 a 642). Frecuentemente los enfermos vienen quejándose de ver moscas que pasan más o menos rápidamente ante sus ojos, especialmente cuando fijan la mirada en una superficie blanca, papel, o en un cielo muy claro.

Estos cuerpos flotantes del vítreo (miodesopsia), son fácilmente diagnosticables con el oftalmoscopio. Si se alumbra el ojo sin lente se ven pasar por el rojo del fondo pupi-

(1) Suturas de la córnea en la extracción de la catarata. *Repertorio de Medicina y Cirugía* número 77, volumen VII, 5 de febrero de 1916.

lar corpúsculos oscuros que flotan entre el vítreo cuando el enfermo mueve el globo ocular, lo que los diferencia de las manchas del cristalino y de la córnea, que son fijas, y de los cuerpos volantes subjetivos de los neurópatas o de los bríghticos, en que no se ve nada con el oftalmoscopio, a no ser que haya lesiones retinianas.

La miodesopsia depende casi siempre de lesiones coroidianas, y los cuerpos flotantes no son sino agrupaciones de leucocitos cargados de una mayor o menor cantidad de pigmento coroidiano. Hay casos en que la lesión coroidiana no nos ha sido posible revelarla con el oftalmoscopio, lo que no quiere decir que no exista.

En los veinte casos que presentamos, en todos había antecedentes sifilíticos, muchos de ellos ignorados por el enfermo y en que solamente una reacción de Wassermann positiva nos puso sobre la verdadera pista. Los miopes están frecuentamente sujetos a cuerpos flotantes del vítreo.

Como tratamiento, ante todo combatimos la causa, sífilis en la mayor parte de las veces, y hacemos usar lentes ligeramente ahumados, que hacen menos molesta una lesión, que una vez curada la causa, casi siempre continúa atormentando al enfermo.

Hemorragia del cuerpo vítreo—(Observación número 642). Aunque el cuerpo vítreo no presenta vasos, los oftalmólogos llaman hemorragias del vitriolas que provienen de vasos coroidianos o retinianos. Estas hemorragias se diagnostican fácilmente con el oftalmoscopio, con el que se ve mal alumbrado el campo pupilar a pesar de un cristalino transparente y de una buena proyección luminosa. En el caso que narramos, el enfermo despertó notando que no veía por el ojo izquierdo: al examinarlo encontrámos la hemorragia que hacía inalumbrable el fondo del ojo. Un poco de reposo, dieta y un activo tratamiento mercurial que combatiera su infección general, hicieron que el enfermo recobrara su visión al cabo de doce días.

Sinquisis chispeante del vítreo—(Observación número 643). Con el nombre de sinquisis se designa un estado del cuerpo vítreo en que su consistencia es muy flúida. Se dice que es chispeante o centellante cuando al alumbrar con el oftalmoscopio se ven destacarse sobre el fondo rojo un montón de punticos brillantes que se mueven con los movimientos del globo y que en la mayor parte de las veces están formados por colesterina, tirosina y fosfatos.

En el caso que relatamos había lesiones de fondo de ojo, placas diseminadas de coriorretinitis y opacidades del cristalino. No había antecedentes sifilíticos. La enferma nos dijo que en una época había sido albuminúrica, pero cuando la examinámos no encontrámos en su orina ningún elemento anormal.