

Gimenes

Dr. Manuel

81-6 A-N3.

901

1885

ca. 2505

(901)



Crisis.

*Tratado crítico de los distintos métodos
operativos en la catarata.*



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315390032

018419112

125356483

Césis.

*Juicio crítico de los distintos méto-
dos operatorios en la catarata*



tes con los nuevos ensayos; ¿en cuantas otras Excmo. Sor. volvemos la vista atras y nos dolemos de no haber empleado los métodos ya conocidos y sancionados por la práctica? Siguiendose de aqui, el ser muy prudentes con todo nuevo descubrimiento, sobre todo cuando son de inmediata aplicacion practica y no olvidar el (*primum sum nosceret*) de los antiguos.

Comprendo perfectamente, Excmo. Sor., la elevacion y complejidad del tema que me hee propuesto desarrollar. En primer lugar, por la dificultad que en si mismo encierra y en el segundo termino; por que no pudiendo obrar, sino comparando en muchos conocimientos humanos y sobre todo en los que se refieren a las ciencias objetivas o de observacion y careciendo el que suscribe de una estensa practica para establecer comparaciones y poner en justo parangon unos métodos con otros, dicho se está, que es una audacia en mi el acometerlos; pues, carezco tanto de los grandes conocimientos teóricos que se necesitan, cuanto

del número de casos necesario o suficiente, para sacar mis conclusiones. Sin embargo, como descargo a uno y otro punto dire, que respecto al primero, cuento con nuestra indulgencia y respecto al segundo, si bien no tengo una larga experiencia personal, circunstancias especiales me han colocado en aptitud de observar y seguir paso a paso el resultado, tanto inmediato, como ulterior de gran número de enfermos operados por distintos métodos y principalmente por los dos conocidos de todos, cuales son, la incision lineal con iridectomia y el de gran colgajo sin iridectomia; con ligeras modificaciones, tanto en uno, como en otro; pues algunas veces tambien se hacia la iridectomia en el procedimiento a gran colgajo por circunstancias especiales que ya consignaremos en el transcurso de este trabajo.

Antes de entrar de lleno en el objeto de mi tema y como muy pertinente a el caso, creo necesario hacer a modo de exordio un estudio previo de las distintas clases de

catarata; estando tan relacionado el método operatorio con este conocimiento, que por mas que a primera vista no parezca pertinente a el caso, puede decirse, justifica muchas veces métodos que de otra manera y en tesis general estarian desechados. = Si queriendo estudiar la etiología, o mejor dicho, la génesis o causa íntima de la catarata, abrimos las numerosas obras que tratan del asunto, en vez de llevar la certeza o la evidencia de una verdad a nuestro ánimo, fuerza es confesarlo, la incertidumbre y la duda es lo que se apodera de nuestro espíritu, teniendo que confesar no sabemos nada de positivo en tan interesante asunto; pero no vayamos a creer que esta falta de certidumbre acusa ignorancia o falta de estudio, antes al contrario, ha sido siempre el punto mas debatido y quizá el mas estudiado de la patología ocular. Si no se ha llegado a un alto grado de certeza, no puede culparse a el sujeto que investiga; sino, al objeto sometido a su investigación

Varias son las cuestiones que se presentan al estudiar la génesis de la catarata. En primer lugar, la catarata es un estado exclusivamente local, como admiten algunas escuelas, o es, la manifestación de un estado general. Las dos teorías pueden decirse son erróneas si las aceptamos en absoluto y de una manera exclusiva; por otra parte, es de la mas alta importancia este estudio; pues, una catarata dependiente de un estado general, no va seguida la operación de un resultado brillante, si antes no tratamos la enfermedad que la ha producido, siendo esto tan cierto que en muchas ocasiones ha bastado la medicación general, para devolver su transparencia al cristalino y evitar una operación. En tesis general puede decirse que los padecimientos engendrados de la catarata, son todos aquellos que activan las excreciones orgánicas de un modo excesivo, llegando a privar a la sangre de una gran cantidad de agua, como ocurre con la diabetes sacarina y albuminúrica. En la primera de estas distrofias

6
constitucionales que es donde se presenta con mas frecuencia, observamos no lo hace al principio del padecimiento, sino mas bien hacia su terminacion, en cuyo periodo existe una gran emaciacion organica, debida no solo a las pérdidas que ha sufrido el enfermo, sino a la poca aptitud para la asimilacion de las sustancias nutritivas. Si nos fijamos en otros estados generales, como el ergotismo y el marasmo senil, descubrimos nuevas verdades que comprueban, no solo que la deshidratacion de los tegidos organicos es una de las causas principales de la catarata; sino la gran conexion que existe entre las lesiones del cristalino y ciertas alteraciones tegumentarias. Todos los padecimientos arriba mencionados llegan mas o menos tarde a producir un estado gangrenoso de la piel, gangrena oscurible y clara en este tegumento, bien sea en su forma húmeda o seca. Ahora bien, el cristalino puede considerarse en los primeros tiempos de la vida intra-uterina formado a espensas de la

7
piel y como una dependencia de esta; ¿que tiene pues de particular que los padecimientos de esta membrana se reflejen en el cristalino?; cuando muchos autores consideran a la catarata y sobre todo a la senil, como una verdadera forma de gangrena con sus dos variedades de secagitud y humedad?

En contraponicion a estas clases de catarata, tenemos la llamada traumática, en la que no existe la previa alteracion del liquido sanguineo, ni de algun otro humor organico; por lo que puede decirse, es, puramente local; si bien, no es solo el cristalino en muchas ocasiones el primero que toma parte en el proceso, sino el iris, la coroides, la membrana hialoidea, en una palabra, las partes inmediatas al cristalino, siendo este invadido de una manera inmediata o secundaria, primero en su capsula y despues en la capa peri-nuclear. He mencionado en particular la catarata traumática, por que siendo producida generalmente por el proceso inflamatorio de las partes

proximas, se presentan en ella con mas frecuencia que en otra alguna los inequívocos, debidos seguramente á el exudado plástico y que siempre deben tenerse presentes, pues no dejan de ser una grave complicacion en el acto operatorio.

Por todo lo que antecede, vemos á los padecimientos ó procesos patológico-generales, ser en muchas ocasiones los engendrados de la opacidad cristaliniada. Esto sin que nos deje lugar á dudas; pero no siendo el objeto de mi tema este estudio, aun cuando muy relacionado con él, creo prudente suprimir las alteraciones anatomo-patológicas por que va pasando el cristalino, hasta su completa opacidad, por ser un trabajo demasiado largo y bastante hipotético.

Voy á pasar por alto varias otras cuestiones preliminares; como son, si el enfermo debe estar sentado ó en decúbito supino, si debe ó no anestesiarle el operado, cual es la época mas conveniente para ser operado, si debe sufrir la operacion en un ojo ó en los dos á la vez, si es útil

ó no el colirio de atropina, y finalmente cuando se ha de operar ó dejar de operar una catarata, ó lo que es igual, indicaciones y contraindicaciones de la operacion; pues, cada una de estas cuestiones produciria un debate científico que no es mi ánimo dilucidar. Entrando de lleno en el objeto de mi tema, ó sea, el resultado que ofrecen en la práctica los distintos métodos operatorios.

Supongamos como entidad para el nuestro estudio, una catarata sencilla sin adherencias ni complicaciones de ningun género, buena sensibilidad retiniana y un globo ocular perfectamente organizado. Con las condiciones que preceden, la catarata es la única causa que impide la vision, obrando á manera de pantalla interpuesta entre la retina y los rayos luminosos; habiéndose dirigido siempre toda maniobra operatoria, á desviar ó desembarazar por completo el campo pupilar de este cuerpo opaco, que impide lleguen los rayos luminosos

a' su verdadero destino. Pero, como en unas ocasiones el cristalino se extirpa o' extrae por completo del ojo, y en otras no hace mas que desviarse de su posicion normal. de aqui han nacido dos grandes métodos: el de extraccion propiamente dicho, con los sub-métodos de evacuacion y aspiracion. Comprendiendo el segundo, la reclinacion o' depresion y la discision. Me ocuparé principalmente como indiqué al principio de este trabajo, de los métodos de extraccion, por ser los que hoy se practican por lo comun.

Sin perjuicio de enumerar algunas ocasiones en que creo, puede dar la desviacion y discision brillante, o' por lo menos, superior resultado a' cualquier otro que se empleará. Si bien es cierto en general que en cirugía hay una diferencia inmensa de la teoria a' la práctica, en ninguna parte se confirma tanto esta verdad, como en las operaciones oculares.

Pero, no se trata solo de la gran variabilidad de métodos y procedimientos, sino

que consultando en el estudio un mismo método diferentes autores, vemos, existen tantas modificaciones, cuantos sean los que se ocupan de este asunto. Y francamente, Excmo Señor, yo comprendo que muchas de estas innovaciones, dictadas por la mejor buena fe, e inspiradas a' la vez en un profundo espíritu científico, dan un empuje progresivo a' la ciencia oftalmológica. Pero, en cuantas otras el amor propio y el deseo de figurar como inventores, es el móvil que nos arrastra a' la modificación; No es decir esto que no debe progresarse, yo como el que más soy amante de las innovaciones útiles en cirugía ocular y dicho sea con modestia, me encuentro dispuesto a' contribuir con mi pequeño óbolo y como último obrero a' estas conclusiones prácticas. Es cierto, que teniendo que residir por circunstancias particulares en una localidad pequeña, no pueden formarse estadísticas muy numerosas, y sobre todo no hay ocasion de ensayar varios métodos, para ponerles

en parangon; pero en cambio es imprescindible el practicar la operacion de cataratas, muchas veces como descargo á nuestra misma conciencia, en cumplimiento de nuestros sagrados deberes. Pues, siendo el sentido de la vista, no solamente el mas importante y noble de nuestro ser, sino necesario casi en absoluto para ganar el sustento, puede decirse que el pobre pierde su patrimonio con su vista. Viendo esto tan importante y tan práctico, Excmo Señor, no me causará de repetir que yo en mi humilde opinion creo, mas útil la perfeccion de los métodos ya conocidos, que no la invencion de otros nuevos para perfeccionarlos, pues lo primero lo considero de mejor resultado práctico que lo segundo, pero en oftalmologia cabe la satisfaccion de decir, (pues redundará en beneficio de la Humanidad) que en términos generales, cada operador tiene su método predilecto del que no varia á no ser por circunstancias especiales.

Y así como, en cirugía general, se com-

prende varie el método segun el sitio ó region en que se opera, aun siendo el mismo padecimiento y la misma clase de operacion; como por ejemplo en una amputacion, en que deseamos formar el colgajo, ya de la parte lateral, ya de la posterior, ya de la anterior: no tenemos tantas razones en oftalmologia para variar de métodos y procedimientos, pues el ojo siempre es el mismo anatómicamente considerado y la catarata siempre tiene la misma colocacion y relaciones con las partes inmediatas, salvo ligerisimas variantes. Y en todos estos preliminares, veamos que método merece la preferencia entre los principales que ya se conocen y practican. Ante todo y de una manera á priori, puede decirse, que el mejor método, debe ser aquel que deje el ojo lo mas normal ó intacto posible, anatómico y por lo tanto fisiologicamente considerado.

No pienso hacer la descripcion de cada método aisladamente y en particular

por que seria muy monotonu y nie expondria á repeticiones inutiles. Prefiero en vez de seguir este método analitico y ocuparme de cada variedad operatoria por separado; seguir un método mas sintético, tratando cada tiempo operatorio en todos los métodos en general: pues siguiendo este procedimiento las conclusiones y comparaciones que deducamos de unos y otros métodos operatorios, serán mas ostensibles y mas claros por ser mas inmediatos.

El primero que observó y reconoció la catarata en el cristalino fue Briseau que en el año 1705 comunicó su descubrimiento á la Academia de ciencias de Paris en una Memoria admirablemente escrita, en la que defendia no era indispensable en absoluto el cristalino para el ejercicio de la vision, si bien desempeñaba un papel de los mas importantes en esta preciosa funcion. Si tratamos de buscar en la historia de la ciencia médica, quien fue el primer operador de catarata, nos encontramos con la confusion ó por

lo menos la duda que acompaña á todos los grandes descubrimientos humanos, es decir, que son muchos los que se crean con el derecho á primogenitura; pero, tanto en la cuestion que nos ocupa; (por cierto de la mas alta importancia) como en otras muchas de distinto género, hay siempre una figura que descuella entre todas y por lo tanto la mas digna del elogio y consideracion de todos. La ciencia oftalmológica tendrá siempre un recuerdo de admiracion y respeto y la humanidad de justa gratitud á el gran Daniel que en 1752 contaba ya 206 operados por el método de extraccion á gran colgajo, método que ha llegado hasta nosotros con el nombre de su autor. El primer tiempo de toda operacion de catarata por extraccion, consiste en hacer una herida corneal, esclero-corneal ó escleroconjuntival que sirva para dar salida al cristalino cataratado y cuya incision puede afectar desde la linea recta, hasta la curva mas ó menos acentuada y tornamos

la forma de colgajo. Este primer tiempo de la operacion es de los mas importantes y el que da nombre a la variedad operatoria, siendo tambien el de mas dificil ejecucion.

Daniel elegia siempre la parte inferior de la cornea, la que incindia con un cuchillo análogo a los lanceolares que hoy conocemos, ensanchaba la abertura corneal con un cuchillo semejante a' el anterior pero romo, y la terminaba con las tijeras que llevan su nombre. Esta seccion que era muy periferica, la hacia ascender por uno y otro lado, hasta dos milímetros por encima del diametro transversal de la cornea; doblaba este gran colgajo sobre si mismo hacia la parte superior y abriendo la capsula con una aguja, extraia la catarata con una cucharilla. A primera vista se comprende lo defectuoso de este proceder, primero por la gran extension del colgajo que lo exponia a la gangrena por falta de nutricion suficiente y segundo por el estado irritativo causado por su ramplamiento hacia la parte superior;

defectos que se han modificado en las operaciones que se practican en la actualidad por el igual método; pues ni se da tanta extension a' el colgajo, ni se dobla este sobre si mismo; antes al contrario, procuramos dejarlo intacto en sus naturales relaciones con los demás puntos de la cornea; lo mismo decimos del empleo de la cucharilla, la que debe prohibirse, limitándonos a' ejecutar suaves presiones sobre el globo ocular y no recurriendo a' ella, a' no ser que existiendo adherencias con el cristalino, no fuéramos vencerlas de otra manera; pues facilmente se comprende que estando la cornea tan extensamente abierta, la introduccion de una cucharilla habia de causar en muchas ocasiones la salida del humor vitreo, complicacion la mas temible quiza en la operacion de catarata.

En contraposicion a' el método de Daniel y con el deseo de evitar, no solamente los peligros que trae consigo una herida ocular tan escoriamente grande, sino, los incon-

venientes que puede producir, para la buena y completa cicatriz de la herida la falta de coaptacion, Gibson, en 1810 se le ocurrió dividir previamente el cristalino y extraer estos fragmentos por una incision lineal, practicada en la cornea, método que puede considerarse, como la antitesis del anterior. Practicaba Gibson el primer tiempo de esta operacion, sirviendose de un cuchillo lanceolar recto, con el que injundia verticalmente la cornea en el extremo exterior de su diametro horizontal, desde el momento que penetra la punta del cuchillito en la cámara anterior, se baja el mango del instrumento con objeto de dirigir su plano paralelamente á el del iris entrando lo bastante á que la herida tenga una estension de cinco á seis milímetros. Si comprendieramos, no es suficiente esta abertura, debe agrandarse durante la retirada del instrumento, cuidando entonces de igualar los bordes profundos y superficiales de la seccion.

Parecia natural que los prácticos viendose

los inconvenientes que trae consigo la operacion de Daniel se decidieran abiertamente por el nuevo método; pero antes al contrario, comprendieron, no solamente que está restringido para ciertos casos en que la catarata es completamente blanda, sino que en estos mismos presentamos inconvenientes que el anterior por los graves síntomas de irritacion que sobrevienen á la salida de la catarata, por una herida relativamente pequeña, teniendo en muchas ocasiones que recurrir á maniobras especiales con las pinzas y dando lugar con mas frecuencia que el método á col gajo, á el flegmon ocular. Si para la mejor comprension del asunto que nos ocupa, quisiéramos establecer comparaciones con otras maniobras quirurgicas, hallariamos el simil mas perfecto, en todas aquellas operaciones, en donde existe un continente y un contenido, mas claro, un cuerpo mas ó menos voluminoso que tiene absoluta necesidad de salir á el exterior, bien por una abertura natural, ó bien por una via hecha accidentalmente por nosotros. En este

último caso se encuentra la talla por ejemplo, cuyo primer tiempo operatorio consiste en hacer la incision, por donde ha de salir el cálculo vesical; pues bien, si hacemos esta incision es escivamente grande, la salida del cálculo es facil; pero en cambio, nos encontramos con todos los peligros que lleva consigo una extensa herida en sitio tan importante; como son, la hemorragia que en muchas ocasiones puede llegar hasta causar la muerte del sujeto; las fistulas, como consecuencia de la incompleta cicatrizacion y algunas otras; pero, si por el contrario, la incision es pequeña, nos expone mos a la vez, a otro orden de complicaciones, quizá mas graves que las anteriores; pues en primer lugar no siendo suficiente la abertura, tenemos que hacer tracciones y maniobras violentas, que exponen a dislacerar o desgarrar los bordes de la herida y por su efecto, a inflamaciones y supuraciones consecutivas, teniendo despues de todo que hacer por un traumatismo violento, lo que debiamos haber hecho limpiamente

con el bisturi, no olvidando que lo mismo en el ojo, que en el perine, o en cualquiera otra parte del cuerpo, las heridas traumáticas o traumatizadas están mas expuestas a todo género de complicaciones. Pero, sin necesidad de recurrir a ninguna operacion quirúrgica, en la funcion natural del parto, se nos ofrece un perfectísimo similitud de lo que ocurre en la operacion de cataratas. Podemos comparar el feto con el cristalino y el trayecto que tiene necesidad de seguir, con la herida corneal. Ahora bien, si el conducto genital es insuficiente, tendremos un parto laborioso con todas sus fatales consecuencias; pero, si por el contrario y en oposicion a lo que cree el vulgo, el conducto genital siendo escivamente grande en relacion a el feto que ha de atravesarlo, da lugar a un parto rápido, en esta misma prontitud tenemos un peligro; pues no pudiendo retraerse la matriz en tan poco tiempo, quedan abiertos los vasos placentarios y la hemorragia es corruiquiente, siendo sinónima esta hemorragia, con la salida del humor

vitreo en una expulsion rápida de cataratas, pero estas complicaciones, sin dejar de revestir gravedad, no son con mucho tan terribles, como las que acompañan a las grandes estrecheces. Pues lo mismo que sucede en el parto y talla, ocurre en la catarata, resintiéndose siempre mas el organismo de las violencias y traumatismos, que de las incisiones limpias, aun cuando sean mas estensas. Estando en un todo conforme con esta teoria, el consejo dado por mi inolvidable maestro en oftalmologia, diciendo, que se pecase mas bien por exceso que por defecto al tallar el colgajo.

En todo lo que antecede, no hemos hecho mas que tratar los terminos extremos del problema, tanto por lo que se refiere a la extraccion lineal simple; como al método a' gran colgajo; pero lo mismo el uno que el otro, han sido objeto de modificaciones tan importantes, que los han cambiado casi en totalidad de el caracter que presentaban en los primitivos tiempos; hasta el punto de que hoy no

les reconocieran sus autores. La extraccion lineal no hay duda que evitando una herida tan grande, como la del método a' colgajo, se dió a los operadores y mas que nunca, cuando la gran figura de M. de Graefe, combinando con la extraccion lineal la incision del iris, llegó ciertamente a la mayor ampliacion de casos que es susceptible de abrazar la extraccion lineal; pues, antes de esta modificacion, estaba limitada a las cataratas muy blandas. Sin embargo, no es de suponer llegue algun dia a ser la operacion del porvenir, segun pretendia su autor, reemplazando por completo la extraccion a' colgajo; por que, como veremos mas adelante, tiene defectos ineludibles, pues radican en su misma maniobra operatoria; observándose hoy por el contrario, que le abandonan muchos oftalmólogos, para abrazar el antiguo método. El instrumental necesario para esta operacion, es mas numeroso que el de la extraccion a' colgajo. En esta última, puede

reducir en su mas simple expresion, á dos instrumentos, que son, el cuchillo de Beer y el quistotomo, porque si en algunas ocasiones necesitamos la cucharilla, esta va unida al quistotomo. En cambio, para la operacion de de Graefe á mas de los instrumentos mencionados, como es indispensable la iridec-tomia, tenemos necesidad de proveernos, de unas pinzas de pupila, un par de tijeras finas acodadas y de puntas romas, una pinza de fijacion y un blefarostato; pues, es de absoluta necesidad inmovilizar el ojo y separar los párpados, porque el cirujano en la seccion del iris, tiene que utilizar sus dos manos y los puntos de fijacion tienen que estar seguros. Por lo que respecta á el instrumental, por mas que sea una cuestion secundaria, vamos ganando en el método á colgajo.

El manual operatorio difiere tambien de como lo practicara Gibson. Efectivamente de de Graefe no usa el cuchillo lan-

7/

ceolar; sino que se sirve de uno que lleva su nombre, largo y afilado cortante por un lado y romo y de algun espesor por el opuesto, con el objeto de evitar en lo posible la salida del humor acuoso durante la seccion. Una vez separados los párpados y fijo el globo del ojo, se procede á la introduccion del cuchillo á un milimetro ó milimetro y medio del limbo corneal y á dos ó tres milímetros mas arriba de la linea horizontal de la cornea; pero, aconseja de de Graefe no se haga directamente la contrapuncion; sino, que se eleva el mango del instrumento, para que su punta corresponda á la parte inferior y despues por un movimiento de báscula se baja la mano, tendiendo á poner horizontal el cuchillo, con lo que podemos trazar un colgajo mas regular, debiendo hacer la contrapuncion en el punto diametralmente opuesto de la esclerótica, y despues por un movimiento de vaiven se llega á completar la seccion á medio milimetro proximalmente del borde corneal, ó en el mismo limbo

de la cornea. Como se puede comprender, la salida de sangre es inevitable en este tiempo de la operacion, parte de esta se vierte á el exterior y parte penetra en la cámara anterior del ojo, borrando en algunas ocasiones la abertura pupilar.

Si hemos de juzgar imparcialmente el primer tiempo de esta operacion, comprendemos que la hemorragia de que hemos hecho mérito, es un grave inconveniente; pues, al efectuar los tiempos siguientes nos oscurece en gran parte el campo operatorio, esto sin contar la exposicion en que nos esponemos de herir los procesos ciliares y el iris y el que formandose pequeños coagulitos entre los labios de la herida, dificulten la cicatrizacion.

Veamos si nos libra con ventajas de estos inconvenientes el método á colgajo. El primer tiempo de este método no necesita de la fijacion del ojo, ni del blefarostato. Es cierto que estas maniobras no pueden evitarse, á no ser,

tratándose de un operador habil; pero, ni insignificante maestro el doctor Cervera prescinde de ellas, procediendo de la manera siguiente: echado el enfermo en decubito supino y suponiendo se trata del ojo derecho y de la queratotomy superior, se coloca el operador por detras y con los dedos índice y medio de la mano izquierda, eleva el párpado superior, hasta llegar á ocultarlo por debajo del reborde óseo orbitario, el extremo de los dedos sobresale un poco y van á descansar sobre el globo ocular, á el que sujetan por una suave presion; un Ayudante se encarga de bajar el párpado inferior en la misma forma que hemos descrito para el superior, hecho lo cual se procede á la operacion en estos términos. Tomando el cuchillo con la mano derecha en forma de pluma de escribir, se presenta de plano á el iris, se toca por su borde obtuso la cornea, como para acostumbrarla á la impresion del instrumento y despues á medio milímetro por encima proximalmente de su parte media y en su union con la

esclerótica, se introduce la punta del cuchillo, no en sentido horizontal, pues entonces nos espondríamos á marchar entre las capas de la cornea, sin penetrar en la cámara anterior; si no, tendiendo á la perpendicular, para lo que elevamos algo la mano derecha y una vez que ha penetrado la punta en la cámara anterior, bajamos la mano, hasta colocarlo en sentido horizontal, para hacer la contra-puncion y concluir de tallar el colgajo. Es conveniente, no exagerar estas particularidades de la operacion, por que si el cuchillo penetra muy perpendicularmente al tomar la forma horizontal, puede dislacerar algun tanto los bordes de la herida, por una parte y por otra fracturarse la punta, quedando enclavada en la cornea, ó bien cayendo en la cámara del ojo; accidentes, que si no muy frecuentes, no dejan de presentarse alguna que otra vez, para que tratemos de evitarlos. La puncion y la contra-puncion en este método, se hacen en la misma cornea, procurando seguir

el limbo de ella en toda la estension de la herida, hasta terminarla en la parte superior en su union con la esclerótica. Durante la puncion y contra-puncion conviene marchar despacio y sin precipitarse, y si hecha la contra-puncion, vieramos ofrecia dificultades la seccion completa del colgajo, bien por una atresia palpebral del individuo, por nuestros dedos, ó por otra causa cualquiera, debemos sacar el cuchillo y valernos del abotomado de hoja estrecha, con el que completamos la seccion de la pequeña parte que nos falta. Las ventajas que tiene este primer tiempo de la operacion sobre el método lineal, son las siguientes; el ojo sufre menos traumatismo, tanto por la supresion de la pinna ó pica de fijar, como por evitarnos la aplicacion del blefarostato. Y en efecto para la fijacion se hace necesario interesar la esclerótica en cualquier punto inmediato á la cornea, y en algunas ocasiones se presenta, como consecuencia, ya un equimosis sanguineo, ya el desgano de esta mem-

brana o de las fibras conjuntivales y aun cuando no sea muy estenso este traumatismo, es lo suficiente para el punto de partida de conjuntivitis mas o menos intensas y en algunas ocasiones, hasta el flegmon ocular.

Se objetará a esto, que la fijacion del ojo tiene sus ventajas; pues da mas estabilidad y por lo tanto, mas seguridad a la operacion; pero, estas ventajas no pueden compensar los graves inconvenientes de que hemos hablado; por otra parte, cuando el operador adquiere cierto hábito en el manejo del cuchillo, con él mismo se sirve despues de introducido en la cornea, no solo para fijar el globo ocular, sino para elevarlo y bajarlo, segun convenga a los fines de la operacion. En cambio con los distintos aparatos de fijacion y separacion de los párpados, se ejerce siempre una presion que en ciertos momentos del acto operatorio, tienen gravísimos peligros, como sucede al concluirse la seccion del colgajo, en que abierto completamente el ojo, la mas insignificante

presion, seria suficiente para provocar la salida del humor vítreo y sobre todo en aquellos individuos en que el reblandecimiento de este cuerpo constituye una verdadera complicacion. Los partidarios del método de de Graefe aducen en su favor, que haciendo un colgajo esclero-corneal, la nutricion de este, es mas segura, no estando expuesto a la gangrena, pues a mas de tener una base mas ancha, el estar situado en una membrana eminentemente vascular, favorece su circulacion, y por lo tanto su vitalidad; pero, aun cuando estas razones puedan ser admitidas en pro de este método, es lo cierto, que la cornea, aun careciendo de vasos, tiene excelentes condiciones de vida y sobre todo en su parte periferica, pues estando engastada y circunvalada por las membranas esclero-conjuntival y recibe su nutricion por su parte periferica y este precisamente es el punto que goza de mas actividad vital, siendo por lo tanto el mas apto para tallar el colgajo; habiendo demos-

trado la práctica en conformidad con la teoría, que las heridas de la cornea, aun siendo relativamente estensas, cicatrizan fácilmente.

En lo que se refiere a' el segundo tiempo de la operación se practica de la misma manera y con los mismos instrumentos, en uno que en otro método; con la diferencia que en la estracción lineal, el ojo está fijo, durante este tiempo operatorio, y en el método a' colgajo es indispensable, si por cualquier circunstancia hubiera estado fijo el ojo durante la operación, dejarlo libre; pues la mas pequeña presión en estos momentos, podría producir la salida del vítreo. Este tiempo, tanto en uno como en otro método, exige mucha delicadeza y habilidad por parte del operador, el quiestotomo se introduce entre los labios de la herida, deprimiendo un poco el labio periférico y permaneciendo a' igual distancia si es posible de los ángulos de la incisión, con objeto de

no irritarlos. El filo del quiestotomo debe estar mirando hacia el operador en el momento de su introducción y al llegar frente al cristalino, se le imprime un cuarto de rotación, colocando el corte sobre la cápsula cristalina y escindiéndola en sentido vertical y si se quiere horizontal; tanto a' la entrada, como a' la salida del quiestotomo, el mayor cuidado consiste en no herir, ni enganchar el iris, debiendo sacarlo en sentido inverso, es decir, con el filo hacia el globo ocular.

Viene el tercer tiempo que consiste en la evacuación de la catarata, uno de los mas importantes y en el que existen diferencias, segun se trate de uno u' otro método; estas diferencias no se refieren a' la maniobra operatoria pero si a' la evolución que sigue el cristalino. En efecto, por lo que respecta a' la maniobra, tanto en uno como en otro método, es la siguiente: despues de un momento de reposo que se concede a' el paciente, durante el cual se ha tenido cuidado permanecer con el ojo suavemente cerrado, como si estuviera durmiendo,

se entreabren los párpados y se le ordena mirar hacia abajo, si se trata de la queratotomy superior, y en sentido opuesto en la inferior. En gran número de casos, vemos que espontáneamente tiende el cristalino a salir, lo que se anuncia por el mayor diámetro que adquiere la abertura pupilar en su sentido horizontal, viéndose aparecer el borde del cristalino y entreabrir por sí mismo la herida; bastando únicamente cogerle con la cucharilla; pero, en otras ocasiones el cristalino permanece inmóvil, lo que puede consistir, bien en la incompleta abertura capsular, bien en la poca dilatación pupilar, cuyos bordes membranosos se sujetan, o bien y esto es lo más grave, por sinequias anteriores o posteriores que impiden su salida, hasta destruir estas adherencias patológicas. Igual procedimiento seguimos para vencer estas dificultades en todos los métodos; si la cápsula por su incompleta abertura se opone, introducimos nuevamente el quistotomo y dilatamos más extensamen-

te, si es la atresia pupilar, basta hacer por lo general una suave presión en el lado opuesto o en donde hemos hecho la queratotomy, y más bien sobre el párpado con la yema del dedo, que directamente sobre el globo ocular con la cucharilla; pues en este último caso, es más fácil irritar el ojo por una parte, y por otra nos exponemos a la propulsión y salida del vítreo. Cuando se trata de sinequias y sines anteriores (lo que se diagnostica por la incompleta dilatación pupilar, y sobre todo, por la forma irregular que afecta una vez dilatada) nos valemos de la cucharilla ordinaria, lo que paramos con sumo cuidado entre el iris y la córnea, para vencerlas, y si a pesar de esto permaneciese inmóvil, lo que acusaría adherencias posteriores, se procura con una cucharilla de Critch entrar por detrás de la catarata y previa iridectomia extraerla envuelta en su cápsula por un movimiento rápido de báscula. Esta maniobra exige bastante destreza, pero va seguida muchas veces del

un brillante resultado. Siendo este uno de los casos en que está justificada la iridectomia en el método a' colgajo.

El último tiempo de toda operacion de catarata, se reduce a' limpiar el campo pupilar de los restos capsulares que pudieran quedar y vigilar la perfecta coaptacion del colgajo. Respecto a' el primer punto, todas las probabilidades de buen éxito están de parte del método a' colgajo; pues no habiendo derrame sanguineo en la cámara anterior, se hace perfectamente ostensible cualquier opacidad, bien sea restos de la sustancia cortical del cristalino reblandecido, o fragmentos capsulares. En cambio en el método de de Graefe, como la salida de sangre es ineludible, tanto por la herida esclero-corneal, cuanto por la escision del iris, viene en muchas ocasiones a' ocultar el campo pupilar por mas o' menos tiempo, siendo tan pertinaz su persistencia en la cámara anterior, que en muchas ocasiones constituye su completa

limpiara, punto menos que imposible, exigiendo a' más un tiempo demasiado largo. Hasta aquí, hemos descrito y comparado, lo que tienen de mas semejante uno y otro método; pero hay un punto que trata en la operacion de de Graefe, el mas importante de todos y que constituye un tiempo operatorio. Nos referimos a' la iridectomia, que de de Graefe y la mayor parte de los operadores la practican antes de la quistotomia, formando por lo tanto el segundo tiempo de este método operatorio, algunos la efectúan despues de la abertura de la capsula y hay hasta quien la hace despues de la salida de la catarata; pero esto no es pertinente a' nuestro tema, por mas que tenga gran importancia el momento de practicar la iridectomia. Lo que para nosotros constituye una modificacion notabilisima entre estos métodos, es la misma iridectomia en si. No creo, Excmo. Señor, sea, ni pueda ser indiferente, para ningun oftalmólogo escindir o' dejar

intacto el círculo iridiano; comprendo que de del Graefe nos demostró practicando la iridectomia, que la seccion del iris no va seguida de los fantásticos peligros que creian los antiguos; ¿pero quien nos dice que en muchas ocasiones, no sea la productora de una iritis o irido-corioiditis de fatales consecuencias? Y aun suponiendo, no de lugar a estas complicaciones; ¿quien nos autoriza para sacrificar una porcion mas o menos estensa de esta membrana, sin una necesidad absoluta, siendo susceptible de salir con toda facilidad la catarata, sin previa iridectomia? Comprendo, que en los primitivos tiempos en que se hacia una incision pequena y rectilinea con el cuchillo lanceolar, se hubie-
ra practicado esta incision; pues, presentándose el iris entre los labios de una herida que por su pequenez apenas deja paso a el cristalino, la iridectomia desembarazando la incision de este obstáculo, está justificada: no así, en los procedimientos actuales, en que la incision es lo bastante estensa

por si misma para dar facil salida a el cristalino. Pero, aun precindiendo de estos inconvenientes, que por otra parte son relativos e inconstantes; pues varian, segun se trate de una catarata mas o menos voluminosa; vamos a enumerar otros, que se presentan necesariamente con la escision del iris y que merecen tomarse en consideracion. En primer lugar, el iris es un accesorio poderoso en el mecanismo de la vision, teniendo por objeto regularizar y medir los rayos luminosos que han de penetrar en el ojo, hasta la retina, siendo la intensidad del foco luminoso, la que influye en el funcionalismo de este organo, ya dilatándole para dar ocasion a que penetren los rayos luminosos en mayor número, ya disminuyendo su abertura, con objeto de absorber e inutilizar los rayos escedentes, cuando nos encontramos bajo el influjo de un foco luminoso intenso. Pues, con la escision del iris, inutilizamos casi en absoluto el fisiologismo iridiano, dan-

do lugar á una pupila inmutable y por lo mismo insuficiente, para acomodarse á los cambios de luz, que tan necesarios son para la perfectividad de la vision. Pero hay más, la escision del iris da lugar á una pupila de forme irregular, prolongada hacia cualquier punto de la circunferencia corneal y esto debe motivar y motiva de hecho, una vision defectuosa, llegando en algunas ocasiones á engendrar cierto estrabismo en los individuos, segun el sitio en que se prolongue la abertura pupilar. Y por lo que se refiere á los objetos, suelen verse defectuosos, con colas ó prolongaciones en diversos sentidos. Recuerdo perfectamente de un individuo, á quien operé un ojo por el método á colgajo simple, que con el congeñere que hacia poco tiempo se lo habian operado, por el método de de Graefe con iridectomia, decia ver los objetos en la forma que dejó mencionada y sobre todo cuando miraba un cuerpo esférico, la luna siempre le parecia ser alargada y nunca circular,

11/

circunstancias que varias veces le hice observar, para asegurarme mejor, y siempre me decia verdad con ramos. (esta era su expresion). En el ojo que tuve ocasion de operarle, quedó la pupila circular y la vision brillantissima en todos sentidos, siendo precisamente la imperfeccion de la primera operacion, lo que hizo reclamara la segunda. Otro de los inconvenientes que tiene la iridectomia es, la frecuencia con que se presentan opacidades, debidas seguramente á sendo membranas y exudados fibrinosos, producto en muchas ocasiones de coagulos consecutivos á la hemorragia del iris, ó bridas cicatriciales de esta membrana. La extética se le mal parada tambien con la iridectomia y aun cuando es una cuestion secundaria, debemos atender á ella siempre que sea posible, sin comprometer el buen éxito de una operacion, y la iridectomia deja una deformidad muy ostensible en el ojo, que hasta parece dá un aspecto particular á los individuos. Por todo lo que antecede, vemos que

los resultados ulteriores, son mas seguros y brillantes en el método antiguo á colgajo. Y esto por la sencilla razon de que en este método, queda el ojo en un estado casi integral que todas sus partes, no tenemos en efecto mas lesion ocular que la incision querática, y cuando la cicatriz es perfecta, ni aun llega á notarse siquiera, dudando en muchas ocasiones si está ó no operado el ojo. Deduciendo logicamente que á mayor integridad anatómica, debe corresponder y corresponder de hecho mayor perfectibilidad funcional. Y por lo que respecta á el momento operativo, solo diremos que el método á colgajo, es mas limpio; pues siendo completamente exangüe y estando la cornea transparente, vemos con mas claridad la puncion y contra-puncion y la marcha del cuchillo, hasta tallar el colgajo y lo mismo al practicar la quistotomia. Estas ventajas aunque parecen insignificantes, hablan muy alto á favor del método á colgajo. Los

resultados prácticos que son los mas atendibles en este asunto, justifican las aserciones teóricas que hemos sentados. No quiero cerrar esta Memoria, sin decir dos palabras acerca de un método abandonado por todos los oftalmólogos en la actualidad y quizá con justa razon, no solamente por lo imperfecto de sus resultados, sino por su enojosa y difícil maniobra, así como, por las fatales consecuencias de que va seguido en gran número de casos. Me refiero á el abatimiento ó declinacion de la catarata con la aguja, sin previa incision de la cornea. Este método no tiene hoy mas que un valor historico y no es mi ánimo habilitarlo, ni mucho menos ensalzarlo en la práctica; pues, como ya he dicho, sus resultados son muy dudosos é inciertos; y en cataratas normales, si así puede decirse y cuando los individuos gozan de una buena constitucion, libre de toda distrofia constitucional, creo no debe emplearse. Pero, existen estados en los cuales y en

evitacion sobre todo de complicaciones, graves, quizá podria emplearse con ventajas. Efectivamente, en muchos casos de diabetes y alcoholismo crónico, hay gran tendencia a la gangrena y supuracion del colgajo corneal o esclero-corneal; tanto, que habiendo operado, en individuos que padecan estas diatesis, un ojo, por el método a' colgajo, se ha visto presentarse el estado supurativo o gangrenoso, sabiendo que si operamos el otro por igual método nos exponemos casi con seguridad a la misma complicacion; pues bien, como evitacion a' este gravísimo accidente, que lleva consigo la pérdida completa del ojo, es cuando yo veo la indicacion de este método, por que nos evita la herida de la cornea. Nunca olvidaré el caso de un individuo, que habiendo abusado mucho de las bebidas alcoholicas, se constituyó en ese estado que los autores designan con el nombre de alcoholismo crónico, y en el que existe una gran tendencia a las dege-

neraciones granulo-grasosas, primera etapa de la gangrena; pues bien, el sujeto a' que me refiero, sufrió la operacion de catarata por el método a' colgajo, con un brillante resultado en el momento operatorio; pues, la vision era perfecta despues de la salida de la lente y la coaptacion regular en el momento de aplicar el apósito; pero, al cuarto dia al describirle y sin haberse quejado gran cosa en los dias anteriores, vimos, no solo que la cicatrizacion no se habia efectuado, sino, que los bordes de la herida eran asiento de una ulceracion degenerativa, que no cicatrizó jamás y concluyó con la pérdida total del ojo; pero aún hay mas. Este mismo individuo, y esto es lo notable, a' los dos años se presentó a' operarse del congenere que ya estaba completamente cataratado, se practicó la operacion por el mismo método y por el mismo operador, el resultado por el momento fue brillante, como el anterior; pero a' los tres dias, al describirle, se notó la tendencia supura-

tiva de el colgajo; y si bien la pérdida no fue completa, puede decirse terminó mal; pues la cornea, no conservó, sino una incompleta transparencia en su centro, á causa de una queratitis ulcerosa que se prolongó muchos meses. El caso que he referido, causó una profunda impresion en mi espíritu, para que en los momentos actuales, haga presente las ventajas que podríamos obtener en casos idénticos ó semejantes, con el método por declinacion ó abatimiento; pues evitando la herida ocular, es muy posible, nos libráramos de un estado supurativo ó gangrenoso. Como decía al principio, este método es de suyo defectuoso, propiciándole nada mas que en evitacion de mayores males.

Otra de las operaciones que no quiero pasar en silencio, es, la diseccion. Tiene por objeto, como su nombre indica, escindir la capsula cristalina, para que el trabajo de reabsorcion se apodere del cristalino cataratado y de su capsula; y por un estado de

inflamacion primero y de imbibicion despues, vuelvan estos cuerpos á su primitiva transparencia, haciendose susceptibles á el paso de los rayos luminosos.

La operacion se efectua simplemente con la aguja de Bowman, introducida perpendicularmente por la parte media y externa del limbo corneal.

El traumatismo es insignificante y la complicacion que pudiera presentarse, es un escaso de inflamacion en la capsula.

Este método operatorio está indicado casi esclusivamente en los niños ó personas muy jóvenes, donde contamos con grandes fuerzas de reabsorcion. Suele emplearse alguna que otra vez y con buen éxito en las cataratas secundarias.

Quiero concluir Excmo Señor, con la exposicion analitica de mi tema; reasumiendo su resultado con las siguientes...

Conclusiones.

Primera. Las causas íntimas o' genéticas de la catarata, aunque en rigor desconocidas, pueden considerarse, unas como locales y otras como generales, debiendo tener presente, antes de la operacion combatir estos efectos generales si existieran; pues sin curar estos, no hallariamos resultado apetecido en la operacion.

Segunda. La eleccion de método operatorio es una de las cuestiones mas importantes en oftalmologia, debiendo preferir los conocidos y sancionados, á aquellos otros nuevos y que deslumbran á primera vista, debiendo ser muy comedidos en esta eleccion.

Tercera. En las cataratas sencillas ordinarias, el método que nos parece ofrece mas ventajas, es el antiguo á colgajo de Daviel con las modificaciones que ha sufrido en la

actualidad.

Cuarta. El método de de Graefe o' extraccione lineal con iridectomia, ha constituido, es verdad, un verdadero progreso en lo que respecta á habilidad operatoria; pero lo creemos mas defectuoso en la practica y sobre todo por lo que á la iridectomia se refiere.

Quinta. Que tenemos un recurso en el método por declinacione o' depresione, para aquellos casos en que haya tendencias supurativas en el operado.

Sesta. Gorando los niños y personas muy jóvenes de una gran fuerza de reabsorcion, fue de bastarnos en algunas ocasiones la discision, para devolver su transparencia á el cristalino, si á esto se une que la intranquilidad de estos sujetos, tanto en el acto operatorio, como despues, constituye un grave obstáculo para todos los métodos en que sea necesario producir una incision ocular mas o' menos estensa, convendremos en que la discision que todo esto nos evita, es la preferible, y si por ventura, no obtuvieramos buen resulta

do, llegados los individuos á mayor edad podemos practicar la estraccion por los distintos métodos.

Oy por terminado mi trabajo, sintiendo profundamente el haber fijado la benevolencia atencion de V. E. sobre tan inmerecida descripcion, si mi buena voluntad hubiera podido substituir á mis escasas fuerzas, el óbolo arribado por mí á el gran edificio científico, podría haber figurado dignamente en primera linea; pero tengo la satisfaccion de ser amante de la medicina á la que profeso un profundo cariño y respeto; por eso en estos momentos sublimes y desde este sitio, les mando un recuerdo cariñoso, un fraternal abrazo á mis queridos maestros; por eso idolatro de todo corazón á los que trabajan y se sacrifican por la ciencia; pues verdaderos mártires de ella; ¿cuantas veces Excmo Señor, paga la sociedad con ingratitudes sus constantes sacrificios? no obteniendo mas recompensa á sus trabajos

en muchas ocasiones que la admiracion y el respeto que nosotros les tributamos.

Unámonos todos en el sagrado recinto de la ciencia, ocupen los primeros puestos los que por su constancia y sus merecimientos se hicieron acreedores á ellos, y los últimos obreros que van entrando en ese gran edificio, nos contenta verlos con examinar y admirar la obra de los sabios; pues la emulacion es el primer paso que conduce á la ciencia y si algun dia llegamos á imitarles, no olvidemos nunca que fueron los faros luminosos que nos sirvieron de guia y quitaron los obstáculos de nuestro difícil camino, contribuyendo de esta manera á nuestra ilustracion y á la satisfaccion que da el saber, una de las felicidades y goces mas grandes del hombre sobre la tierra.

He dicho.

Samuel Genovesi

Madrid 13 de Marzo de 1867

