MSS920(54)
Oftalmia

1836.

~~Sr. Hy~~ Observador — Sr. Hyern.
Censor — Sr. Orador.
50 y 57 de Marzo

BIBLIOTECA R. COLEGIO DE SN CARLOS

87-4-A=nº 9

977 y 978

(58)

BH MSS 920 (54)

87-4 A = nº 9 Nº 977

BIBLIOTECA DEL COLEGIO DE SN CARLOS

Juan Fariñas aprendiz de carpintero y despues soldado, de 22 años de edad, de un temperamento sanguineo y de una constitucion medianamente robusta; padeció hace 18 meses una oftalmia muy intensa y grave en ambos ojos, despues de haber estado embarcado mucho tiempo en Sn Sebastian.

Durante esa terrible inflamacion sentia dolores intensissimos en el globo de ~~ambos~~ de dichos ojos, dolores que, segun refirió el enfermo, eran tensivos y punzantes: estos dolores se hacian sentir tambien y con mucha fuerza a los alrededores de las orbitas: habia intolerancia absoluta de luz, y ceguera, en terminos que solo distinguia el paciente la luz de la oscuridad, mas no los objetos iluminados. Este estado de ceguera, duró cosa de un mes y medio, pero iba el enfermo viendo mas claro despues de los quince primeros dias.

En dicha época fue tratada la enfermedad con un plan antiflogístico rigoroso, y entre los medios que se emplearon para combatirla se hizo una sangría y se aplicaron sanguijuelas á las sienes, el paciente no sabe cuantas.

El estado de los ojos se alivió considerablemente hasta casi restablecerse al natural. Pasó el sujeto á Barcelona algunos meses despues, y se reprodujo ó por mejor decir se exacerbó considerablemente la oftalmía.

Se combatió esta con aplicaciones emolientes, evitando la luz, y con un régimen atemperante.

Pasó el enfermo á Cervera, en donde fue ya permanente violenta la inflamacion.

Se hizo una sangría abundante, con la cual se calmó mucho, pero pronto se aplicaron dos cantaridas, una en cada sien, que duraron siete dias entre las dos.

El paciente refiere que se le habia echado desde entonces por algunos dias un colirio de agua de rosas con

unos polvos blancos, cuya aplicacion produjo un incremento tan considerable en los síntomas inflamatorios, que parecia que los ojos se rasgaban a la violencia de los dolores, tales fueron sus mismas espresiones.

Se suspendió dicho colirio, y en su lugar se aplicó otro de agua de rosas pura, con la cual se calmó el escozor y el dolor.

A beneficio de estos remedios se moderó considerablemente la inflamacion general de los ojos, pero habiendo regresado el enfermo a Madrid se le exacerbó nuevamente el mal.

Un acreditado Profesor de esta Corte le dispuso una aplicacion de sanguijuelas al ano, algunas lavativas emolientes, y colirio de la misma especie, prescribiéndole ademas la aplicacion en distintas épocas de hasta seis cantaridas, a saber dos en la nuca y cuatro detras de las orejas.

En 21 de Junio del año proximo pasado entró el paciente en la enfermería del colegio, y entonces se hallaba todavía con una inflamacion crónica

poco ~~bastante~~ intensa en ambos ojos. ~~Se aplicaron dos docenas de sanguijuelas al ano, lavatibas y colirio emolientes.~~ Inyeccion en los vasos de la conjuntiva palpebral y algo mas lijera en las de la ocular, color rojo igual á las inmediaciones de la periferia de la cornea, pestañeo frecuente, una nube bastante opaca de cerca de tres lineas de diametro en cada cornea frente de las pupilas, que se estendia mas hacia la parte superior é interna, pero ninguna inyeccion en la cornea, que en lo restante estaba transparente como en el estado natural.

Una membrana blanca y delgada ocupaba ~~en~~ la pupila, mas espesa en el centro, que ~~en la circunferencia~~ ~~que~~ formaba una especie de nucleo, del cual partian varias vedijas tambien opacas adheridas por sus estremidades perifericas, á la margen pupilar del iris, tirando de ella hacia el centro, y hallandose á consecuencia la pupila disminuida de diametro, hasta presentar escasamente una linea en el transversal y muy poco mas en el vertical.

Esta falsa membrana ó como la llaman los Autores de ofthalmologia, esta catarata falsa producta evidente de una iriditis terminada por resolucion, aparecia como ligeramente dislacerada en la parte superior, sin duda por un efecto de los esfuerzos repetidos de la dilatacion de la pupila, en la estension de cosa de un tercio de linea en ambos ojos, aunque menos en el derecho que en el izquierdo.

La pupila se dilataba un poco ~~evidentemente~~ en el ojo izquierdo despues de cerrar el parpado, y se contraia á la presencia de la luz directa un momento despues de abierto dicho parpado, pero mas estensamente en la porcion de la margen pupilar del iris, de que estaba desprendida la falsa membrana que en lo restante de dicha periferia; en el ojo derecho no pudieron notarse jamas dichos movimientos.

Por lo demas el iris no presentaba alteracion sensible en su color, ni en sus estrias, que pudiese hacer sospechar en esta membrana ningun estado

morboso presente.

La vision era sumamente confusa en ambos ojos, pero con la diferencia que distinguia el paciente los bultos y el contorno de los objetos con el izquierdo en todas direcciones, aunque mejor en la periferia del campo de la vision que en el centro, y percibia con él distintamente los colores vivos y bien iluminados, y con el derecho solo distinguia los objetos muy oblicuamente por la parte del ángulo externo, es decir que en este ojo existia evidentemente lo que se llama en oftalmologia la vision oblicua, mas no percibia con este los colores vivos con sus cualidades naturales: con ambos ojos percibia los objetos como al traves de una niebla ó de una gasa sencilla, mas densa en el derecho que en el izquierdo.

Veia el enfermo con el derecho manchas fantásticas en varias direcciones, fijas unas y otras movedizas, con el izquierdo solo una en el centro que se adelgazaba hacia la circunferencia. La impresion de

una luz viva era dolorosa.

Había fotopsia frecuente en la obscuridad en el ojo derecho, y la había habido mucho tiempo antes en el izquierdo, pero en este había desaparecido del todo desde algunos meses.

En este estado, considerando que la primera indicación que se presentaba era la de combatir y destruir los restos de la inflamación crónica que se manifestaba principalmente en las conjuntivas por los síntomas enumerados antes, se hizo una aplicación de sanguijuelas á la sien á corta distancia del ángulo esterno de ambos ojos, y se aplicaron cobijas emolientes.

Igualmente se puso una pantalla sobre los ojos para moderar la fuerza de la luz. La sala por otra parte era bastante poco iluminada, y se situó al enfermo en uno de los sitios menos expuestos á la luz.

A beneficio de estos medios disminuyó lenta

pero progresivamente la inflamacion, el enfermo
toleraba ya bien la luz sin dolor ni incomodidad,
no habia dolores espontaneos, el color rojo de la peri-
feria de las corneas era poco perceptible y la inyec-
cion de las conjuntivas, disminuyó considerablemen-
te siendo de un rojo mas obscuro; pero los demas
sintomas continuaron poco mas o menos en el
mismo estado.

Seguimos asi algunos dias mas con el mis-
mo tratamiento en general, menos las aplicacio-
nes de sanguijuelas.

Disminuida considerablemente la inflama-
cion de las conjuntivas, y no quedando ya rastro
alguno de oftalmia interna, se aplicó al ojo
un colirio ligeramente astringente, compuesto de
dos granos de sulfato de zinc, un grano de acetato
de plomo, seis onzas de agua destilada simple y
otras seis de agua de rosas.

Con este colirio se iba disipando la inyeccion

y ligera comezon de las conjuntivas, unicos síntomas que continuaban de la inflamacion de estas membranas, y aumentando sucesivamente hasta dos granos mas de sulfato de zinc y uno de acetato de plomo, acabaron de disipar completamente dichos síntomas.

El estado del ojo quedó reducido por entonces a los fenómenos consecutivos de la oftalmía interna resuelta ya, y á los de la que habia tambien invadido la cornea, y que tambien guardaba destinada á saber, al estado de la pupila que hemos descrito anteriormente, á la falsa membrana que ocupaba su área, á las nubes de la cornea, y á la sequedad casi completa, resultado de tan grave mal.

Despues de algunos dias de calma y antes de pasar á emplear el medio operatorio que creia indicado, traté de combatir primero las nubes de la cornea, y despues en cuanto fuese posible procuré lograr el desprendimiento de la falsa membrana de la pupila.

Para combatir las primeras se aplicaron con un pincel cuatro veces al día colirios laudanados empezando por un escrupulo de laudano en seis onzas de agua de Manitun y gradualmente se fué aumentando la dosis del laudano y disminuyendo la del correctivo hasta quedar á partes iguales.

Viendo que no cedian las nubes se uso de algunos colirios secos de arrecar piedra y tucia preparada, y mas adelante se empleó para el mismo efecto una pomada compuesta de una parte de ungüento de mercurio tenuado y dos de manteca dulce de puerco aplicada con un pincel de hilaj a la misma cornea.

Mientras se empleaban estos colirios traté de combatir la falsa membrana de la pupila procurando su desprendimiento a beneficio de la dilatacion de esta abertura, y al efecto empleé en colirio una solucion de extracto de belladona dilatado en un cocimiento emoliente a la dosis de un grano por onza los primeros dias, y á los cuatro

ó cinco de dos granos, aumentando progresivamente hasta seis granos del estracto por onza de cocimiento, aplicandolo dos veces al dia.

Del uso de este remedio aplicado en una forma analoga habia obtenido en mi practica muy buenos resultados, para otros casos iguales, aunque no habia visto jamas una curacion completa.

Estos medios que apliqué hasta el 18 de Julio se continuaron despues algun tiempo por mi digno compañero el S.r D.n Bartolomé Obrador ~~qui~~ quien le aplicó ademas al enfermo un Sedal en la nuca que llevó quince dias, sin duda para combatir los vestigios de inflamacion que alguna que otra vez se manifestaban.

A los 20 ~~A mediados~~ de Setiembre en que volví á encargarme del enfermo, le hallé poco mas ó menos en el mismo estado en que le habia dejado, sin que ofreciese sintoma alguno notable de oftalmia interna ni externa.

Y insistí algunos dias en el uso del colirio del es-

tracto de belladona, y viendo que de ningun medio obteniamos resultados alguno satisfactorio y considerando que uno de los mayores obstáculos á la vision, era la presencia de las nubes, refractarias á todos los remedios empleados y otros mas poderosos todavía, la suma estrechez de la pupila y la falsa membrana que ocupaba la mayor parte del area de esta, considerando por otra parte, que estaba ya de bastante tiempo terminada la oftalmía, no solo la interna sino tambien la esterna, creí llegado el caso de practicar la pupila artificial.

Al reflexionar sobre el estado de ambos ojos no pude menos de persuadirme de que ademas de la nube, de la falsa membrana y de la sinezisis incompleta, habia en el ojo derecho amaurosis o gota serena, aunque incompleta tambien, la vision oblicua, la inmobilidad de la pupila, el genero de ilusiones opticas que esperimentaba este ojo y la confusion de los colores vivos, no me dejaban dudar de la exactitud de este diagnostico, pero en el ojo izquierdo no

había indicios de esta ultima enfermedad.

Resolví pues ejecutar la pupila artificial en este ultimo pues que su estado me ofrecía muchas esperanzas de un buen resultado. En cuanto al derecho, sin motivos para esperar un exito muy feliz, como pero o nada se arriesgaba en emprender la misma operacion en el, como de todos modos si con el tiempo se hubiese restablecido la sensibilidad en la ultima siempre habria sido necesaria la misma operacion para habilitarle para ver, y como por otra parte en las amauroses incompletas, cuando se hallan estacionarias, esta indicada la egecucion de las pupilas artificiales, tambien me resolví á egecutarla en este.

Preparé pues al enfermo para hacerle dicha operacion en ambos ojos.

Le advertí sin embargo antes de emprenderla y advertí á los circunstantes repetidas veces la poca esperanza de un buen resultado con que egecutaria la operacion en el ojo derecho.

Pero el enfermo persuadido de lo poco que arriesga

ba en sufrirla y desesperado de ver en aquel ojo por otro medio alguno, no solo accedió á que le hiciera la operacion en ambos ojos, sino que me lo suplicó repetidas veces con vivas instancias.

La preparacion del enfermo se redujo á la dieta y un regimen atemperante, y habiendosele movido el vientre un dia antes de la operacion no se le dió ninguna labativa.

Escogí uno de los dias menos oscuros y á las diez de la mañana del 24 de Septiembre frente una ventana grande á donde dá la luz refleja de una pared blanca ya que no habia local donde poder proporcionarse la luz directa del sol egecute dicha operacion.

Me dispensaron la honrra de asistir en ella y ayudarme el mencionado S.r D.n Bartolomé Obrador, el S.r D. Melchor Sanchez de Toca y los S.S. Ayudantes de Profesor, y asistieron á ella varios colegiales internos y discipulos de la escuela.

La colocacion del enfermo, la mia propia y la del

Sr. Ayudante que sostenia la cabeza y levantaba el parpado superior nada tiene de particular, pues que fue la misma que se emplea tan comunmente en la operacion de la catarata y en general en todas las operaciones que se egecutan en el globo del ojo.

Elegi como el mas conveniente, especialmente en este caso el metodo llamado ectomia del iris, por Quadritoconectomia, por los mas de los Ofthalmologos modernos; metodo por el cual se escinde una porcion del iris, suficiente para dejar una pupila de una linea y media á dos de diametro.

Principié la operacion por el ojo derecho un ayudante el mismo que sostenia la cabeza contra su pecho, levanto el parpado superior, aplicando las yemas de los dedos indice y medio de la mano derecha sobre la mitad interna del borde libre, y estendiendo la del primero, hasta la parte superior é interna del globo del ojo y comprimiendole suabemente hacia fuera y hacia abajo, yo apliqué en la mitad interna

del ~~parpado~~ inferior los mismos dedos de mi mano derecha, estendiendo el dedo medio hasta la mitad inferior interna de dicho globo y comprimiendo hacia afuera y arriba, y sin aplicar el speculum ni otro instrumento contentivo alguno introduje la punta de un bisturí de Ricter, cosa de una linea por encima de la parte esterna del diametro traversal de la cornea, á cosa de media linea de la esclerotica, y procediendo como en la operacion de la catarata por estraccion, corté ~~como~~ cosa de tres lineas ~~con tercio~~ de la cornea en la parte inferior y esterna, á su margen haciendo el corte lo mas marginal que me fué posible, y teniendo la precaucion de dejar caer los parpados y cerrar el ojo en el mismo instante de terminar el corte.

Entrando el ojo en convulsion, como casi siempre sucede, aguardé lo necesario á que se restableciera la calma, antes de proceder á lo que faltaba de la operacion.

Disipose en pocos instantes, la convulsion segun

se manifestaba por la cesacion de los retrecimientos que en tal estado se notan en el ojo por el tacto al través de los parpados, y pasé desde luego á coger el iris para hacer la conveniente escision de una porcion de esta membrana.

Observé entonces lo que ya presumia de antemano á saber que sin embargo de haberse vaciado el humor agueo, dicha membrana no descendia por si sola como sucede con demasiada frecuencia en las operaciones en que se incinde la margen de la cornea derramandose el humor agueo.

Permanecia pues el iris en su posicion natural, retenido en ella por las adherencias de la falsa membrana á la margen pupilar del mismo.

En tal estado procuré enganchar la falsa membrana, con el ganchito ó lenguita de Beer y encontré muchas dificultades para prenderla sin lastimar la capsula del cristalino, logré finalmente mi objeto dos ó tres veces, y la lenguita sacó otras tantas los puntos en donde se habia prendido mi poder sin embargo poner en la libertad necesaria el borde pupilar del iris, intentando

unas pinzitas agudas y finísimas con las cuales logré agarrar la mitad inferior del borde pupilar de la falsa membrana y atraer la porción correspondiente del iris fuera de la cornea, cogido así el iris entre las extremidades de las ramas de las pinzas escindí con tijeras corbas y finas como unas tres líneas de la parte lateral externa e inferior del iris.

Hubo una corta hemorragia, que se contuvo fácilmente con algunas abluciones de agua fría, después con una punta retorcida de un pañuelo fino de hilo introducida suavemente debajo del colgajo de la cornea extraje un coagulo de sangre, y pasé á aplicar una venda para hacer la operación en el otro ojo.

Hice esta segunda operación por el mismo método y procedimiento, pero en lugar de empeñarme en prender la falsa membrana con la lenzuita de Beer de gancho semicircular, creyendo que tenía alguna dificultad en coger dicha membrana como lo había experimentado en el otro ojo, introduje otra lenzuita igualmente fina, pero cuya punta estaba encorvada en

angulo recto, y sin tratar de atraer el iris, desde luego destruy antes con cuidado las adherencias de dicha falsa membrana al iris, procurando no conmover ni tocar en manera alguna el cristalino ni su capsula.

Destruidas las adherencias saque la punta de la lancita de dentro del ojo introduje cerradas las pinzas agudas y abriendolas dentro de la camara anterior del humor aqueo, cogí una porcion de la parte externa e inferior del borde pupilar del iris, retirando las pinzas con direccion afuera del ojo, y escindí una porcion del iris igual a la que habia escindido del lado opuesto, empleé los mismos medios para cohibir la hemorragia y separar de la camara anterior y de entre los bordes de la herida de la cornea los coagulos de sangre que quedaban en dichas partes.

Concluida la operacion en cada ojo se examinó haciendole al enfermo abrir los parpados, el estado en que quedaba la vision, y se observó que esta era bastante clara en el ojo izquierdo y muy confusa en el de-

recho.

Se curó muy simplemente poniendo dos planchuelas secas sobre los parpados y dos compresas delgadas y triangulares, una tirita de emplasto aglutinante que impidiese subir al parpado inferior mas alla del borde libre del superior, y se mantuvo este sencillo apósito con un vendaje puramente contentivo.

Se puso al enfermo en cama y en posicion horizontal, se fomentó el apósito de ambos ojos con agua fria echada gota a gota hasta que llego al mismo ojo, y dispuse que se continuase echando la misma agua fria, cada cinco minutos a medio cuarto de hora. Dieta de caldos, naranjada a gusto.

Por la noche tubo algunos dolores y calor en los ojos, mucho menos en el derecho que en el izquierdo, el pulso estaba un poco frecuente, el calor algo aumentado, ligera cefalalgia.

Se hizo una sangria de brazo de diez onzas, en lo demas el mismo tratamiento.

El dolor disminuyo mucho el dia siguiente se-

guia el calor y á veces algunas ligeras punzadas los demas sintomas desaparecieron.

Continuó el mismo tratamiento pero no se sangró al enfermo y se le aplicaron cuatro sanguijuelas á cada sien.

Se disiparon el dolor y el calor, no se quejaba el enfermo mas que de una picazon ligera en los ojos y continuó el mismo estado y tratamiento, menos las sanguijuelas los dias siguientes hasta el sesto inclusive.

Solo al dia tercero habiendo aparecido algunos sintomas de irritacion gastrica, se aplicaron una docena de sanguijuelas al epigastrio con lo que se disipó dicha irritacion.

Al dia septimo de la operacion descubrimos los ojos se sentó el enfermo y se le acostumbró por grados á una luz moderada. El derecho se hallaba con respecto a la oricion en el mismo estado que antes de la operacion.

Estaba un poco inflamado en la conjuntiva, apa-

recia la falsa membrana en la pupila, los bordes de la herida del iris se habian adherido entre si y con la falsa membrana, hallandose en consecuencia constituido el iris en el estado que llaman de aplosia, es decir desplegadas las estrias de esta membrana y borrada o destruida en consecuencia la pupila artificial.

La vision del ojo siguiendo era clara, el enfermo distinguia bien los objetos, y solo notaba una muy pequeña sombra en la parte superior, efecto sin duda de la presencia de la mancha de la cornea enfrente de la porcion que quedaba de la pupila natural y de la parte mas superior e interna de la artificial. La conjuntiva por lo demas estaba menos inyectada no habia calor ni dolor ni encorvor ni pestaneo, ni incomodidad alguna a la presencia de la luz.

En los dias sucesivos continuando el enfermo en buen estado, solo se aplicó el agua fresca a los ojos cada media hora y mas adelante de hora en hora.

se descubrian los ojos cada tres o cuatro dias ya para observar los progresos de la curacion, ya para mudar el aposito, ya finalmente para ir acostumbrando gradualmente los ojos a la accion de la luz.

A los 19 dias despues de la operacion se suprimió el aposito, se puso una pantalla verde y se permitió al paciente ver los objetos iluminados por luz reflejada y no demasiada viva.

Y no quedando mas que una ligera inyeccion en los vasos de la conjuntiva palpebral, ligerísima en algunas porciones de los de la ocular, se aplicó un colirio astringente muy ligero de dos granos de sulfato de zinc por cien onzas de agua destilada comun y de agua de rosas, con cuyo medio se acabaron de disipar del todo esos ligeros vestigios de inflamacion, y quedó la curacion acabada del todo.

El estado de la pupila artificial es el mismo poco mas o menos que observamos al dia septimo de la operacion; la vision del ojo izquierdo no solo conserva

las mismas ventajas que por esta habia adquirido sino que los objetos eran distinguiendose con mucha mas claridad y perfeccion, de manera que el enfermo podria hasta leer bien á no ser por un fenomeno que nota en la vision de la escritura, que varias partes de letras se confunden con las contiguas de las letras inmediatas, y por otra parte el sujeto cuando su vista gozaba de una integridad perfecta no habia llegado aun á aprender á leer bien y facilmente.

Es tal por otra parte la finura de su vista, que llega hasta poder enebrar ~~una~~ agujas bastante delgadas.

Como el principal objeto de las Juntas literarias es la instruccion de los discipulos y la historia del caso que acabo de, da margen á muchas consideraciones de un interes que juzgo ser trascendental á los progresos de la ciencia, me ha parecido digna de ocupar la atencion de este ilustrado concurso, pues que la ophthalmologia humana, dista mucho todavia de

haber llegado a su perfeccion, sin embargo de los apre-
ciables trabajos de Maître-Jan, de Saint Ybes, de Tay-
lor, de Pellier de Guengsy, de Chandler, de Richter, de
Beer, de Gimbernat, de Scarpa, de Wencel, de Wardrop,
de Lagembeck, de Guadri, de Baratta, de Weller, de Grae-
fe, de Demours, de Travers, de Guillié de Dupuitren, de
Guthrie, de Lawrence, de Buchhorn, de Veit, de Assalini,
de Mondroir, de Jaeger, y de tantos otros celebres practicos
que han dedicado su observacion y continuas meditacio-
nes á esta parte tan interesante de la ciencia del
hombre enfermo.

Con este objeto de utilidad publica, me habia pro-
puesto esponer varias reflexiones, que me han sugeri-
do naturalmente las varias circunstancias de esta
observacion, reflexiones que pudieran acaso traer algu-
nas ventajas á nuestra practica en la egecucion de
los diferentes metodos de la operacion de la pupila arti-
ficial, y aun de la de la catarata, y disipar quizas en-
vejecidas preocupaciones, que son una de las causas
mas comunes de los exitos desgraciados de una y otra;
pero para no acederme de los limites de un discurso

formalidad académica, me contentaré por ahora con sentar las proposiciones siguientes deducidas de las mencionadas reflexiones, que merecerán mi duda mayor ilustración de la discusión y censura de mis apreciables compañeros, dignos Catedráticos de esta Real Escuela.

1ª La formación de una catarata falsa, ora de una falsa membrana en la pupila, con irradiaciones del centro a la circunferencia es un resultado de una inflamación, que habiendo comprendido la margen pupilar del iris ha terminado por cicatrices adherentes, cuando la pupila se hallaba en su mayor contracción, o en un estado de atonía, habiendo sido dilatado mas o menos después por los repetidos esfuerzos del iris en un ojo sensible á la luz.

2ª Esta falsa membrana no está limitada por la margen pupilar del iris, sino que se estiende indefinidamente por una ó otra o las dos superficies de dicho iris segun la estension de la inflamacion precedente.

3ª En caso de oclusion de la pupila por una catarata falsa, si ademas hay manchas en la par-

te media y superior de la cornea, es preferible para la formacion de la pupila artificial el metodo de la ectomia del iris, iridectomia o escision de una porcion de esta membrana, comprendiendo la parte correspondiente del borde pupilar, a los metodos de la irido-dialisis, o desprendimiento del borde dentellado o periferico del iris, y la iridotomia o incision de esta membrana, aun cuando no se pudiese reconocer el estado probable del cristalino, cuya extraccion no seria dificil si estubiese opaco.

4.ª Elegido el metodo de la iridectomia es muy importante operar conteniendo el globo del ojo sin oprimirlo alguno ni otro medio que la compresion mucho, en cuanto sea posible, y este precepto tiene igual o casi igual interes en la egecucion de la operacion de la catarata.

5.ª En la iridectomia conviene mas dar una extension de dos o tres lineas a la seccion de la cornea que limitarla a una linea o linea y media, aquella mayor extension sobre todo si es marginal facilita muchisimo lo restante de la operacion, expone menos

a una violenta inflamacion consecutiva del iris y no tiene inconveniente alguno.

6ª La existencia de una falsa membrana en el area de la pupila, ofrece en la egecucion de la iridectomia, dificultades que no estan indicadas por los autores ni tampoco los mejores medios de vencerlas. No solo el iris no desciende despues de la seccion de la cornea y de la salida de parte o de todo el humor agueo, sino que tampoco se le puede facilmente atraer con los medios que ofrece el arte.

En tal caso son inutiles las pinzas agudas igualmente que el ganchito o lancinta de Beer para atraer el iris, hasta tanto que se han destruido en parte las adherencias de la falsa membrana al borde pupilar. A este efecto prefiero emplear con cuidado la lancinta cuya punta es horizontal a la encorvada de Beer, pues esta con mucha dificultad puede hacer presa de dicha falsa membrana.

En el caso que nos ocupa, la aplicacion del iris, y consecuentemente atresia de la pupila del ojo derecho resultados

inmediatos de la inflamacion de dicha membrana fueron probablemente producidos por las muchas tentativas que hube de hacer para atraerla a la herida de la cornea. Por fortuna la vision de aquel ojo estaba indudablemente perdida por la afeccion preexistente; pero confiero con ingenuidad y en beneficio de la ciencia, que aun cuando dicho ojo hubiera estado en lo demas absolutamente sano, habia probablemente sucedido lo mismo, y se habria frustrado el exito de la operacion.

7.ª Aunque la iridotisis por lo comun es muy preferible a las incisiones por el peligro de irritabilidad que conserva por algun tiempo el iris en los casos ordinarios, no es de temer que resulte una grande inflamacion consecutiva a la operacion de la iridectomia, en el caso de haberse terminado completamente dicha iridotisis por la formacion de falsa membrana, mientras que la incision se verifique con las debidas precauciones y delicadeza.

8.ª La inflamacion del iris en los casos de incision y escisiones limpias de esta membrana, a

tan temida por lo comun, que muchas veces pasa del grado necesario para la cicatrizacion; cuando al contrario es temible y por lo comun de fatales resultados, la que determinan las contusiones las dilaceraciones los pellizcos &c. esta trae comunmente consigo la perdida de la vista, y muchas veces aun la del ojo.

9ª De aqui se deduce naturalmente una regla muy interesante para la egecucion no solo de la pupila artificial sino tambien de la catarata: cuando el iris despues de la seccion de la cornea no desciende en la primera operacion, conviene atraerlo con seguridad y cortarlo pronto, cortando los pellizcos y las dilaceraciones, y cuando al contrario en la ultima habiendose vaciado el humor agueo bajo el iris envolviendo el corte del cuchillo, y impidiendo casi instantes la operacion, no se puede con los medios que para tales casos se aconsejan producir pronto la contraccion de la pupila y consiguiente elevacion del iris, es muy preferible escindirle con limpieza y francamente, a levantar como

suele hacerse tan comunmente hacia delante
el filo del instrumento, y acabar la seccion de la
cornea muy por encima de la periferia.

5.ª Finalmente cuando una nube poco densa
intercepta imperfectamente la llegada de los rayos
luminosos á la pupila natural la vision despues
de haberse terminado felizmente la operacion de
la pupila artificial debe resultar algo confusa
porque la nueva pupila no puede egercer influx-
jo alguno sobre las modificaciones que la men-
cionada opacidad produzca en los rayos lumino-
sos que por ella pasan.

Estas son Señores, las deducciones mas impor-
tantes que he podido hacer de las reflexiones que
me ha sujerido la observacion que antecede: hay
sujeto gustoso á la discusion de mis dignos
compañeros, para que puedan servir á la instruc-
cion de V.V.S. y a los progresos de la ciencia, no
solo las ventajas que ha conseguido en esta operacion
sino tambien los defectos en que haya incurrido
tal vez por falta de algunas reglas que parecen á

primera vista minuciosidades, y que no he visto hasta ahora practicadas por los Autores de Ophthalmologia.

Madrid 10 de Marzo de 1836.

Joaquin Hyrsin

1º

BIBLIOTECA DE COLEGIO DE S. CARLOS
87-4 A = nº 9
Nº 978

Un hombre de 22 a.s de edad, aprendiz de carpintero y despues soldado, de temperam.to sanguineo y medianam.te robusto, despues de haber estado mucho tiempo embarcado en S.n Sebastian, padecio una oftalmia muy intensa y grave ~~en ambos ojos~~, acompañada de dolores intensisimos, tensivos y punzantes en el globo de ambos ojos, dejandose tambien sentir los mismos dolores á los alrededores de las orbitas. La intolerancia absoluta de la luz de los objetos iluminados y la ceguera, duraron cosa de un mes y medio aunque no eran ya tan graduadas despues de los 15 primeros dias.

El plan antiflogistico rigoroso inclusa una sangria y la aplicacion de sanguijuelas en las sienes disiparon casi del todo la oftalmia; pero habiendo pasado el enfermo á Barcelona se exacerbo el mal siendo combatido esta 2.a vez con fomentos emolientes, un regimen atemperante

y la sustraccion de la luz.

En cerca donde paso el enfermo, se reprodujo con violencia la oftalmia; pero esta 3ª vez cedio casi del todo á una abundante sangria y á la aplicacion de una cantarida en cada sien. En este estado la aplicacion de un colirio exacerbó el mal que cedio por fin hasta que el enfermo vino a Madrid en donde se reprodujo y le aplicaron sanguijuelas en la margen del ano, lavativas y colirios emolientes y además cantaridas en distintas epocas, dos en la nuca, y 4 detras de las orejas.

En 21 de junio ppdo se presentó por primera vez el paciente en una de las enfermerias de este Rl. Colegio, y ofreció al Sr. observador los sintomas siguientes: inflamacion crónica en ambos ojos con inyeccion algo mas graduada en la conjuntiva palpebral y ocular igual, á las inmediaciones de la periferia de la cornea; pestañeo frecuente; una nube bastante opaca, de cerca de 3 lin. de diametro

en cada cornea frente de la pupila con ~~mas~~ mucha extension acia la parte supr. é interna. Una membrana blanca y delgada mas espesa en el centro ocupaba la pupila, y formaba como un nucleo del que arrancaban varias vedijas, tambien opacas, aderidas á la marjen pupilar del iris del que tiraban disminuiendo sus diametros, en terminos que el transversal tenia escasamente una linea, y muy poco mas el vertical. Esta falsa membrana ~~[illegible]~~ se presentaba como ligeramte. dislacerada en su parte supr.

La pupila del ojo izquierdo se dilataba un poco, á beneficio de la luz directa, y mas ~~mas~~ en el punto de la dislaceracion de la pseudo-membrana q. en lo demas de su extension. En el ojo derecho no se observaron jamas estos ultimos fenomenos.

La vision era sumamente confusa en ambos ojos, ~~aunque~~ y la del derecho lo era en exceso y en este habia ademas la vision oblicua. El enfermo veia los objetos como al traves de una densa niebla. La impresion de la luz viva era dolorosa, y

había fotopsia frecuente en la oscuridad, mayormente en el ojo derecho, en el que todos los síntomas fueron siempre mas graduados que en el izquierdo = Tratam.to

Aplicacion de sanguijuelas en las sienes, á corta distancia del angulo esterno, colirios emolientes, una pantalla y sustraccion de la luz fueron los remedios que se aplicaron: usaron 1.o y que disiparon los síntomas de la inflamacion crónica, y Los colirios adstringentes graduados acabaron con los restos de ella.

Las nubes de la cornea se combatieron felizmente á beneficio de colirios saledañados, de colirios secos de azucar piedra y tutia preparada y de una pomada de ungüento mercurial tenuado y manteca de puerco sin sal. Al mismo tiempo y para ver si se podia conseguir el desprendim.to de la falsa membrana á beneficio de la dilatacion de la pupila, se empleó en colirio una solucion de estracto de belladona dilatado en un colirio emoliente en la proporcion de un gr.o p.o onza

los 8os dias, y aumentando gradualmte hasta 6 gs por onza. Despues se aplicó un vendaje á la nuca &c

En 20 de Setbre el enfermo no ofrecia sintoma alguno de oftalmia interna ni esterna; sin embargo el observador creio que en el ojo derecho habia una complicacion de gota serca ó amaurosis, aun que incompleta, pero como nada aconsejaba en practicar en él la pupila artificial se resolvió por ejecutarla, lo mismo que en el izquierdo, del que tenia fundados motivos para esperar un buen resultado, advirtiendo al enfermo y á los circunstantes que este era dudoso con respecto al ojo derecho

Decidido el observador á practicar la operacion preparó al enfermo con la dieta, bebidas atemperantes y un purgante el dia antes de operarle.

La operacion se ejecutó el dia 29 del mismo mes de Setbre en presencia de muchos concurrentes, con asistencia y auxilio de los Ayudtes necesarios y con todas las demas circunstancias que requiria, y que no se ocultaban á la practica

é ilustracion del operador el que la practicó por el metodo llamado ectomia, por Quadrilatero rectomia, Empezo la op.on en el ojo derecho sin especulum, ni otro instrumento contentivo, y para poder escindir el iris de un modo conveniente, introdujo la punta de un bisturi de Richter á cosa de una linea por encima de la parte externa del diametro transversal de la cornea, á cosa de media linea de la esclerótica, y procediendo como en la cataracta por extraccion, cortó cosa de tres lineas de la cornea en la parte inferior y esterna de su margen, haciendo el corte lo mas marginal que le fué posible, teniendo la precaucion de dejar caer los parpados y cerrar el ojo, en el mismo instante de terminar el corte. El ojo entró en convulsion, pero disipada esta, se procedio á la excision ~~del~~ de unas tres lineas de la parte lateral esterna ~~del~~ é inferior del borde pupilar

del iris el que retenido por la adherencia de la falsa membrana se mantenia en su natural situacion, y no pudo ponerse en la necesaria p.a la epicision sino por medio de unas pinzitas agudas y finisimas. Ocurrio una corta hemorragia que se contuvo facilm.te por medio de la aplicacion del agua fria. La operacion se hizo en seguida y por el mismo metodo en el ojo izquierdo con el que el enfermo distinguia mejor los objetos despues de operado que con el izquierdo derecho, y aunque ~~este~~ el izquierdo ha sido siempre algo aventajado, el enfermo ~~no llega~~ usa en el caso de poder enhebrar agujas bastante delgadas.

El observador se habia propuesto hacer varias reflexiones que le han sugerido naturalm.te algunas circunstancias de esta observacion; pero p.a no apartarse de los limites de un discurso acadco mico se contenta con sentar las proposiciones cuyo extracto es el siguiente:

1ª la formacion de una falsa membrana en la pupila, con irradiacion del centro á la circunferencia es el resultado de una inflamacion.

2ª Esta falsa membrana se estiende mas ó menos por las dos superficies del iris ó por una tan solam.te segun la inflamacion q.e le ha dado orijen.

3ª Si ademas de la oclusion de la pupila hay manchas en la parte media y sup.r de la cornea, el metodo de la esfonia del iris, ó sea iridesfonia es preferible á los de la irido-dialisis y iridotomia, aun cuando no se pudiese reconocer el estado probable del cristalino

4ª Elegido el metodo de la iridesfonia es importante operar sin speculum ni otro medio que comprima mucho

5ª en la iridesfonia conviene mas dar una estension de dos ó tres lineas á la seccion de la cornea, q.e limitarla á una linea ó linea y media.

6ª la existencia de una falsa membrana en la area de la pupila difi-

2º falta el descenso del ~~la pupila~~ iris para su oposicion, y en este caso son inutiles las pinzas agudas como igualmente la herinita de Beer, hasta que se ha destruido en parte la adherencia de la falsa membrana al borde pupilar

3ª La iridetis aunque comun y consecutiva á la iridectomia, no es de temer en el caso de haberse terminado, aquella por la formacion de falsas membranas antes ~~de la antes~~ de la operacion

4ª La inflamacion del iris en los casos de incisiones y oposiciones limpias es remisa; pero terrible y de fatales consecuencias la que producen las contusiones, distenciones pellizcos &c

5ª Del precedente se deduce una regla aplicable no solo á los casos de pupila artificial, sino tambien á los de la operacion de la catarata, en cuyas ocasiones es preferible escindir con

limpieza y francam.te la porcion de iris que se interpone al corte del ceratotomo, ~~en el 2.º caso, ó que debe escindirse en el~~ ~~1.º~~ que inclinar acia adelante su filo ~~del ceratotomo~~, ó hacer tracciones con pinzas ~~[illegible]~~ en los casos de pupila artificial.

10 La vision resulta algo confusa cuando alguna nube en la cornea impide que los rayos luminosos lleguen á la pupila natural, aunque la artificial se haya hecho con acierto y felicidad.

Estas son la deducciones mas importantes que ha podido hacer el observador, y lleno de modestia las sujeta á la discusion de los compañeros para que puedan servir á la instruccion de los discipulos y á los progresos de la ciencia, tanto por las ventajas que ha conseguido en esta operacion, como por los defectos en que haya podido incurrir.

Censura.

La observacion cuyo extracto acabo de presentado á la consideracion de los concurrentes, es profunda y muy digna de ~~consideracion~~ reflexiones, ya relativas á la doctrina de la inflamacion y sus consecuencias, ya á la practica ó ejecucion de la pupila artificial. No es facil, empero comprender todas en el circulo de la simple censura, sin estenderse de los limites que el tiempo y la prudencia señalan á estos actos literarios; sin embargo ~~reduciendolas todas á su verdadero punto de vista~~, me esforzaré para reducirlas á su verdadero punto de vista, á cuyo fin las ~~reduciré~~ clasificaré en dos grandes grupos comprendiendo la inflamacion y sus resultados en el 1º; y en el segundo el metodo operatorio que conviene adoptar,

siendo preferible, en mi juicio y en casos idenricos, el que puso en practica con exito feliz el autor de esta observacion.

Todos los autores mas justamente acreditados convienen en el dia en que la inflamacion consiste en una actividad preternatural del sistema capilar sanguineo, promovida por un estimulo cuya tendencia es la de producir cambios organicos, y q. tiene por caracteres anatomicos los signos fisicos de la congestion, y una perturbacion de las funciones por fenomenos fisiologicos.

Si no nos apartamos de esta idea que debemos tener de la inflamacion veremos, que si es persistente, resulta la formacion de tejidos nuevos ya sean naturales ya desemejantes á los de la organizacion normal. Lo 1º se observa unicamente en la formacion primitiva de las partes constituientes del organismo, y lo demas en la

inflamacion que estos estar espuestos y muy propensos á padecer. Suponiendo, pues, una inflamacion en un tejido, cualquiera que sea la naturaleza de su estructura, veremos que la actividad preternatural de que goza su sistema capilar sanguineo tiene por resultado la exudacion ó la supuracion; la exudacion se observa en las inflamaciones poco graduadas pero muy sostenidas, y sobre todo si el tejido inflamado es membranoso. En este caso la exudacion se mantiene y estiende en la superficie libre de la membrana en forma de linfa coagulable, y acaba por una verdadera organizacion, ya se quede en la superficie de la membrana ya esceda sus bordes libres, en cuyo caso continua el trabajo de vitalidad, y la membrana adquiere dimensiones tanto mayores, cuanto

mas extensos son sus bordes y cuanto mas duradera y eficaz es la actividad de la nueva organizacion.

Asi es como se pueden y deben concebir y explicar la formacion de las falsas ó seudo-membranas que unen con harta frecuencia la pleura costal á la pulmonar, los intestinos al peritoneo, y tantos otros tejidos que estan naturalmente separados y patologicamente unidos; y asi es igualmente como debemos considerar la creacion de la membrana que llenaba el espacio pupilar del enfermo objeto de este acto literario.

Nó repugna pues ni á los resultados de la actividad vital morbosamente desarrollada, ni á la practica ni á la razon, la existencia y permanencia de tejidos anormales que perturbando las funciones de los primitivos, exigen imperiosamente que se les mueva, ó se les separe,

o se practique alguna otra diligencia p.ª restablecer la funcion perturbada ó pervertida.

Estos principios nos conducen á obtener una prueba completa de la exactitud de la indicacion que siguio el observador antes y en el acto de la operacion, y al propio tiempo robustecen la 1.ª 2.ª y 3.ª de sus proposiciones. En efecto la inflamacion crónica que padecia el enfermo cuando se presentó en las salas de este establecimiento se trató con eficacia p.º con circunspeccion; y en vista de que ~~era imposible contenerla y que ademas~~ habia productos anormales y organizados efecto de su persistencia; pero ~~y duracion~~, que estaba contenida ó por mejor decir disipada ya, se debia adoptar un medio de restituir á ~~restablecer en~~ los ojos la funcion de que les habia privado un mal ~~inveterado~~ duradero y asaz destructor.

En este estado extremo á que el enfermo y el observador se veian reducidos y del que no se podian evadir, se conformó ~~aquel~~ el primero con la operacion que con exito azaroso, particularmte con respecto al ojo derecho se veia este precisado á adoptar, y convenidos ya se puso en ejecucion el metodo llamado ~~eclomia~~ p.r Quadri-coronectomia ~~de la iridectomia, ó excision de una parte del iris para la formacion de la pupila artificial~~

No cabe ya la menor duda de que habia llegado el caso de la oclusion de ambas pupilas por la seudo-membrana á que habia dado origen la inflamacion, y que el enfermo ó habia de quedar para siempre ciego, ó habia de sufrir la operacion de la pupila artificial; pero veamos ahora si el metodo que se adoptó merece alguna preferencia sobre los muchos que se conocen y practi-

3º
ican en el dia.

Todos los metodos adoptados hasta ahora, pª la formacion de la pupila artificial, por Wolhouse, Cheselden, Adams, Baretta, Velpeau, Weller, Janin, Pellier, Larrey Wenzel, Scarpa, Dupuytren y varios otros celebres profesores que honran la Medicina á la par que la especie humana, pueden reducirse á seis, cuya facil combinacion segun el objeto del operador dará tal vez origen á un nº mucho mayor, pero no se ll con provecho de la ciencia y de la humanidad, ó con detrimento de ambas á dos. Sea de esto lo que fuere, el objeto que se propone el operador en la formacion de la pupila artificial es el de abrir paso á los rayos luminosos para que puedan llegar hasta el cristalino, y penetrar despues hasta la retina, sitio de la vision. Para conseguir un objeto tan principal, han preceptuado unos la introduccion de una aguja de cataracta por la esclerotica hasta la

camara posterior para ~~la~~ agrandar la pupila cuya estrechez patologica habia deteriorado ó destruido la vision; han practicado otros la excision de una parte del iris, ó el desprendimiento de parte ó del todo de la circunferencia de esta membrana, y los mas han adoptado el medio de facilitar el paso á los rayos luminosos por medio de una ~~perdida de sustancia de~~ incision en la esclerotica ó en ~~de~~ la cornea, y ~~la~~ excision de una porcion ~~del iris~~ ~~de esta y del iris á la vez~~ ~~estos dos ultimos metodos estan desechados~~ Estos varios procederes operatorios han recibido nombres q.e aunque breves y de estraño orijen espresan bien la idea que debemos tener de las partes que con cada uno de ellos hemos de excindir, desprender ó perforar. No es ciertamente de mi proposito, ni del objeto de esta ~~censura~~ dictamen la averiguacion de la bondad ó defectos de la nomenclatura que está en uso p.a espresar lo que se propone hacer ó lo que haya verificado el operado; pero en atencion á que el

autor de este caso designa su proceder operatorio con el nombre que nos lo da facilmte á conocer, no creo fuera de este lugar ~~exponer~~ referir el nombre original de cada uno de los 6 metodos simples pa la formacion de la pupila artificial, y son los siguientes: iridotomia ó coretomia, iridectomia ó corectomia, iridodialisis, corepalelkisis, esclerotiectomia, y Kerotectomia.

La indicacion para adoptar uno ú otro de estos metodos simples, y los compuestos que de ellos pueden resultar, tiene su origen en las opacidades incurables generales ó parciales de la cornea; en las adherencias de la cara anterior del iris á la postr. de la cornea; en las de la cara posterior del mismo iris con la capsula del cristalino; en la suma estrechez de la pupila ó en su completa oclusion por efecto de la formacion y presencia indestructible de una seudo-membrana

(membrana de Wachendorff, ó falsa cataracta albuminosa) y este es precisamente el caso en que se encontro el autor de de esta importante observacion

El exito feliz que tuvo la operacion no me deja lugar mas que para recomendar el metodo que se siguio siempre que sea en casos absolutam.te iguales; puesto que por el metodo coro-iridectomia con traccion del iris para escindirle, si la excision se hace franca y denodadamente, resulta una herida limpia, nada contusa, que se cicatriza con facilidad, y que no puede contraer adherencias por sus bordes con los de la seccion de la cornea porque no estan en contacto, ni pueden adquirirlo por falta de paralelismo. Ademas la seccion de la cornea permite el paso á lo exterior á la sangre que pueda haberse derramado en la camara anterior

del ojo, lo que no sucede asi si la seccion de la cornea se hace mas central.

De lo expuesto, y de lo que se dice en la ~~y~~ ~~relacion~~ historia de este caso práctico muy digno de ~~[illegible]~~ imitacion, resulta la exactitud de las ~~proposiciones~~ ~~1.ª 5.ª 6.ª 7.ª 8.ª 9.ª 10.ª~~ restantes proposiciones. ~~[illegible]~~ ~~Sin~~ No obstante me prometo una ilustracion particular ~~sobre todos los extremos~~ de la conocida suficiencia de los dignos compañeros que han de emitir su cientifico parecer, y á él sujeto gustoso lo que se me ha ocurrido decir en el extracto y la censura que acabo de leer.

Madrid 17 de Marzo de 1836.

Bartolomé Obradór

[illegible]

(1)

BIBLIOTECA DEL COLEGIO DE S. CARLOS

87-4-A=nº 9 Nº 979

Un niño de 12 años de edad y bien constituido entró á fines de Octe. del año proximo pasado á ocupar la cama nº 8 de la Sala de Sta. Cruz perteneciente al Colegio, por haber sufrido un mes antes una fuerte contusion en el dedo gordo del pie dro al tropezar con una piedra. Llegó á la enfermeria con el dedo muy abultado, principalmente en su estremidad, lo q. le daba una figura piriforme. Habia caido la uña: las carnes tenian un color rojo violado: estaban fungosas, sembradas de pequeños abscesos q. daban un pus fetido, claro y sanguinolento, y ademas muy irritables. El estilete las atravesaba facilmente y llegaba á tocar la pequeña falange.

Desde luego me pareció q. este era caso de amputacion; pero quise probar otros medios antes de intentarla.

Aplique sucesivamente sanguijuelas en la parte sana de la base del dedo, y fomentos emolientes, planchuelas empapadas en aceite comun y cargadas de cerato simple en la herida y aunq. de pronto disminuia la inflamacion y mejoraba el aspecto de aquella, esto duraba poco, porq. el enfermo era tan indocil q. se quitaba el aposito, y se tocaba la herida con lo cual daba ~~esta~~, sangre muy amenudo, y se aumentaba la inflamacion hasta el estremo de producir calentura y de hacer inutiles los remedios q. se aplicaban. La dificultad de sujetar debidamente al niño sin grande molestia suya, el temor de una gangrena y mas q. todo la persuasion en q. yo estaba de q. ~~habiendo~~ ~~habiendo~~ caries en la 1.a falange y ~~habiendo~~ comenzado en la ulcera la dejeneracion ~~carcinomatosa~~ cancerosa, seria por fin necesaria la amputacion, me decidieron ~~por fin~~ á practicarla á mediados de Noviembre. Empecé señalando con tinta la figura de los colgajos y ~~el~~ p.r consiguiente ~~[illegible]~~ el camino q. ha-

bia de seguir el bisturi; y p.r la linea trazada
hice una incision algo mas q. semicircular q. se estendia desde la parte me-
dia del 1.er hueso del metatarso en el dorso del pie, hasta
la misma altura del referido hueso en la cara plan-
tar pasando p.r la parte interna de la articulacion con
la 1.a falange del dedo gordo, y otra incision semejan-
te q. empezaba y terminaba en los mismos pun-
tos q. la 1.a anterior, pero pasando p.r la parte es-
terna de la articulacion. Quedaron assi circunscritos el 1.er espacio interoseo
dos colgajos interno y esterno q. diseque y levante
hacia su base descubriendo en la mitad de su longi-
tud el 1.er hueso del metatarso, y desp.s de separa-
do el periostio coloque una compresa p.a defender
las carnes del colgajo esterno mientras separaba el
hueso. Para separarle me vali de una sierrecita
proporcionada q. coloque delante de los colgajos levan-
tados y dirigi oblicuamente de dentro afuera y de

atras adelante p.a q. resultase una seccion al sesgo de la figura conocida con el nombre de pico de flauta, y q. empezó a unas 4 lineas p.r delante de la parte media del hueso p.r su parte interna y terminó en la externa inmediatamente detras de la cabeza del mismo hueso. En seguida se ligaron los vasos q. daban sangre en bastante abundancia y se esperó como media hora antes de aplicar el apósito p.r q. salió aun tanta p.r exudacion q. cubria la herida inmediatamente cuantas veces se limpiaba con la esponja, hasta q. al fin se descubrió otra boquilla q. antes no pudo percibirse y se ligó asesegurandola con el tenaculo. Entonces se lavó nuevamente la herida se pusieron en contacto sus dos colgajos, se aplicaron p.a sostenerlos algunas tiras aglutinantes q. p.r q. apenas pegaban se hicieron bastante largas p.a dar al pie vuelta y media. se aplicó

(2)

encima una planchuela cargada con cerato sim-
ple y una compresa y todo se sujeto con una
venda formando con ella una especie de estribo.
+ trasladado el niño a su cama se ~~le puso un~~ trato de
~~arco de fractura~~ ~~p.~~ evitar el contacto de la
ropa con la parte operada, colocandola debajo de un
arco de fractura,
dieta dandole a beber a pasto agua de naranja.
Hubo una ligera reaccion febril los dos primeros dias
~~Al cabo de~~ seis ~~dias~~ se levanto el 1er aposito, y
aun q. estaba bastante empapado en pus, se en-
contro la herida cicatrizada en la mitad de su esten-
sion desde la base: posteriormente se hicieron
otras tres curas con el intervalo de seis a ocho dias
abandonando a la segunda las tiras aglutinantes p.r
estar ya casi del todo cicatrizada la herida, tocando
con la piedra infernal ~~una pequeña~~ en las dos siguien-
tes una pequeña fungosidad q. se formo en la cor-
ta estension de los bordes q. aun quedaba p.r reunir, y te-
niendo cuidado en todas de untar la compresa q. envol-

via el pie con cerato p.r las dos caras para q.e no se pegase tanto el aposito y pudiera levantarse con menos dificultad y sin dar tirones.

~~Ocurrio~~ Un accidente ocurrio desp.s de la primera cura q.e de pronto me alarmo algun tanto. Hinchose la pierna y parte del muslo del lado en q.e se habia hecho la operacion y se aumento el calor considerablemente ~~desp.s de la~~ en la ~~primera extension~~ misma piel de estas partes, aunq.e sin alteracion en su color, y quedaba impreso el dedo cuando se apretaba con el: todo el pie estaba medianamente dolorido; pero menos hinchado q.e la pierna.

Se aplicaron fomentos de infusion de flor de sauco y agua vegeto-mineral; y al dia siguiente, considerando q.e tal vez dependia la hinchazon de estar la venda muy apretada, se aflojo un poco, y desde entonces disminuyeron consi-

derablemente la hinchazon y el calor de la
pierna y muslo; pero a los pocos dias se halló
el pie mucho mas ~~abultado~~ hinchado, principalmte
en los tobillos. Entonces al hacer la tercera
cura no se dieron ya con la venda vueltas p.r encima
de los tobillos en la parte inferior de la
pierna, sino unicamente algunos circulares al rededor del
empeine del pie, ~~pues yo~~ p.r q. el estado de la
herida no exigia entonces ~~tanta~~ mayor seguridad.
Al instante disminuyó la hinchazon de un modo
sensible; pero todavia se continuó aplicando los fo-
mentos por algunos dias hasta q. desapareció
enteramente. Poco despues acabó de formarse
la cicatriz y cuando esta iba adquiriendo bas-
tante consistencia y estaba p.a darle ~~el~~ alta
al enfermo se marchó sin esperarla el dia
31 de Diciembre, y por esta razon no pude encar-
garle q. el uso ~~se pusiera~~ un zapato, cuya suela fuese
mucho mas gruesa en su parte interna q. en la externa

+ El tejido de la porcion amputada estaba ~~en~~ ~~otras partes~~ degenerado y presentaba en muchos puntos un aspecto lardaceo, sus vasos eran de un diametro casi doble del natural: estaba cariada la 2ª. falange y ~~parte~~ la cabeza de la primera.

Concluyo advirtiendo q. no solo me inclino á ~~[illegible]~~ amputar ~~[illegible]~~ p.r la continuidad del 1.er hueso del metatarso la opinion de autores recomendables como, Le Dran, Richerand, Dupuy tren y otros, sino q. á ello me obligó el estenderse la ulcera hasta cerca de la articulacion del dedo con dicho hueso, y el infarto de las carnes hasta un poco mas arriba de la misma articulacion: circunstancia q. no permitio q. los colgajos estuviesen formados de partes sanas en toda su ~~[illegible]~~ longitud, sino q. en la estremidad anterior estaban los tejidos algo alterados y de un color livido, pero q. disminuyó mucho desp.s del ~~[illegible]~~ flujo sanguineo consiguiente á la operacion, y en nada perjudicó al buen exito de ella. Omito varias reflexiones q. ~~[illegible]~~ sugiere este caso por q. deben ser materia de la discusion ilustrada á q. dará lugar el jueves proximo.

BIBLIOTECA DEL COLEGIO DE SAN CARLOS

Nº 980

Señores.

En la Sesion literaria del Jueves proximo pasado se leyo por el Dr. D. Juan Castello y Fagell digno Catedratico de este Rl. Colegio la historia de una observacion cuyo estracto es el siguiente.

Un Niño de 12 años de edad, bien constituido, entro á fines de Octubre del año proximo pasado en la sala de Santa Cruz perteneciente al Colegio, por haber sufrido un mes antes una fuerte contusion en el dedo gordo del pie derecho: el dedo estaba muy abultado, y de figura piriforme, habia caido la uña, las carnes eran de un rojo violado, estaban fungosas, muy irritables y con muchos pequeños abscesos de un pus fetido, claro y sanguinolento, y con el estilete se llegaba facilmente al traves de ellas hasta la pequeña falange.

Sin embargo de considerar el Profesor que este era caso de amputacion quiso antes aplicar algunos remedios. Se pusieron Sanguijuelas a la parte sana del dedo, fomentos emolientes, y luego

plemechuelas ya con Aceite, ya con Cerato Simple; pero no obstante de que con estos medios se mejoraba el estado de la parte, la suma indocilidad del Enfermo que se quitaba el aparato y se tocaba la herida, le inutilizaba del todo; esta daba sangre muy amenudo, se aumentaba la inflamacion produciéndose calentura; por cuyo motivo y temiendo por otra parte el Profesor que sobreviniera la gangrena, y habiendo carnes y un principio de degeneracion cancerosa, se decidió á practicar la Amputacion á mediados de Noviembre.

Señalo el Operador con tinta dos colgajos laterales algo mas que semicirculares, que se estendian desde la mitad de la longitud del primer hueso del metatarso hasta por delante de la Articulacion de este con la primera falange; separo y diseca estos colgajos, rapa el periostio, aplica una compresa sobre las carnes del colgajo externo y con una Sierrecita proporcionada separo una parte del 5.er hueso del metatarso por una seccion que principia-

ba por dentro á cosa de quatro líneas por delante dela parte media del hueso y terminaba inmediatam.te por detras dela cavera en la parte esterna.

Se ligaron con toda escrupulosidad y exactitud las Arterias que daban mucha Sangre, habiendo esperado el Operador media hora antes de aplicar el aparato: se pusieron tiras de emplasto aglutinante, que como se pegaban mal fue necesario que diesen Vuelta y media al rededor del pie, se cubrio todo con un Vendage apropiado, y se puso el Enfermo en cama, colocando la parte operada debajo de un arco de fractura.

Se puso el Enfermo á dieta y se le dio á punto agua de naranja.

Examinada la parte amputada apareció su tegido como lardaceo en muchos puntos, con caries en las falanges y una dilatacion muy considerable en sus Vasos.

A los seis dias se hizo la primera cura, hallandose la herida ya medio cicatrizada; se omitieron en la Segunda las tiras de emplas-

to, porque estaba dicha herida ya casi cicatrizada del todo, y solo fueron necesarias hasta dos curas mas, en las quales huvo que tocar con la piedra infernal una pequeña fungosidad para completar la curacion, habiendose hecho dichas curas á distancia de seis á ocho dias una de otra.

Solo ocurrió en este intervalo haberse puesto edematosos primero la pierna y el muslo, con aumento de calor, pero sin dolor, y habiendo cedido este edema con haber aflojado y variado algo vendage y aplicado fomentos de infusion de flor de malbas y agua vegeto mineral, y despues haber pasado á ponerse edematoso el pie en los mismos terminos que lo habia estado la pierna, cediendo alos mismos medios que se habian aplicado á esta. El Autor concluye manifestando las razones que tuvo para amputar en la continuidad del 1.er hueso del metatarso, fundandose no solo en la opinion respetable de Ledran, Richerand, Dupuytren &c. sino tambien en la estension dela ulcera y del infarto de las carnes, y termina diciendo q.e aunque los colgajos se quedaron en su extremidad

anterior algo atterrados y lividos, en nada perjudico esta circunstancia al buen exito de la operacion.

Dictamen.

A tres puntos pueden referirse las principales reflexiones a que da margen la historia del caso practico que antecede: 1.º necesidad de egecutar la amputacion y tiempo de practicarla: 2.º Metodo por el qual se egecuto: 3.º curacion consecutiva y sus resultados.

Atendiendo al primer examen ya parecia necesaria la amputacion por el estado de las partes blandas, y sobre todo de los huesos, no considerando q.e fuese indispensable executarla desde luego, y si al contrario que procedió prudentem.te el Profesor ensayando antes la aplicacion de algunos medios dirigidos ala destruccion del mal sin apelar al ultimo recurso de la Cirugia.

En efecto ni era urgente la necesidad de la amputacion, ni devio preverse ya desde un principio que habia de ser absolutam.te indispensable; porque ni los Sintomas, ni la extension del mal eran tan considerables que pudiesen hacer temer por la vida del Enfermo, ó la pronta invasion de otras partes

interesantes del pie, y mucho menos de lo restante de la extremidad inferior; ni se había aplicado una curación metódica y apropiada al restablecimiento de las partes enfermas al estado natural. Como la enfermedad era producida por una causa traumática y no había vicio alguno constitucional que la sostuviera bien podía tenerse aun alguna esperanza de lograr la curación sin apelar al último recurso del arte. La naturaleza no pocas veces, sobre todo en las primeras edades auxiliada por los medios de una terapéutica racional destruye estas enfermedades de los huesos y se alcanza la curación completa: la humanidad pues exige que en tales casos, y cuando la amputación no es urgente, ni se puede perder mucho en contemporizar, estando a la observación se apuren antes los demas recursos de una curación bien dirigida, imitando la prudente conducta del autor de la observación.

Pero supuesto que se adelantaba tan poco en la curación de la parte enferma, y que la indocilidad del sugeto, no solo destruia todas las ventajas que se conseguian, sino que exasperaba mas y mas la enfermedad en terminos de que podia temer-

se, ó su propagación á partes proximas ó distantes, ó la terminación por gangrena, ó la degeneración cancerosa, la amputación se hacia de todo punto indispensable, y cuanto mas antes se executase tanto mas seguros devian ser sus resultados.

Con respecto al Metodo operatorio, cuando la enfermedad ocupa tan solam.te las falanges sin estenderse ala Articulación metatarso=falangina puede dar lugar á dudas: y en efecto no esta aun definitivam.te Venetto, si en tales casos es preferible amputar en la articulacion, ó separar del muerto por del hueso la cavesa del metatarso haciendo una seccion obliqua: la mayor dificultad en la cicatrizacion por la grande prominencia que forma hacia adentro la cavesa del ser hueso del metatarso, el roce y el choque continuo contra el Zapato por esta misma prominencia, y las inflamaciones, ulceraciones y desorganizaciones que estas circunstancias determinan, han hecho que Ledran, Dupuytren, Richerand y Velpeau adoptasen el Segundo Metodo con preferencia al primero: Otros practicos se deciden por la desarticulacion, fundandose

principalmente en que por el otro método la operación es mucho mas larga y la cabeza del hueso presta un punto de apoyo solido y util al pie; faltando el qual la estación Vertical es menos segura y el pie se inclina y cae hacia adentro. Dupuytren asegura sin embargo, que en las varias amputaciones de esta especie que ha practicado no ha observado jamas este resultado ultimo, y en quanto al primero es inconveniente de poca consideración, comparado con las Ventajas que lleva la amputacion en la continuidad á la desarticulacion.

Habria sido curioso y sin duda de bastante utilidad saber si en el caso de la observacion habia quedado ó no el primero y el mas importante de estos inconvenientes; al qual sin embargo no habia sido dificil remediar, levantando el borde interno de la Suela del Zapato, segun indica el Autor de la observacion y segun ya Dupuytren lo aconsejaba.

Pero en el caso que nos ocupa no queda lugar ni aun á esta duda, con respecto á la eleccion del Metodo; la Enfermedad de este

dia hasta la articulacion y no quedaban suficientes partes blandas para cubrir la cabeza aunque esta hubiese estado sana. Por consiguiente de toda necesidad debia practicarse la amputacion debajo de dicha cabeza: en tal caso, solo habria podido trotarse de si debia egecutarse en la continuidad del 3.er hueso del Metatarso, ó si en la articulacion de este hueso con la 3.a cuña; y ciertam.te que el ultimo Metodo no puede tener comparacion con el primero, siempre que sea posible la egecucion de este. Por lo tanto no me detendre en demostrar que en el caso practico que nos ocupa el unico Metodo que debia adoptarse era la amputacion por la continuidad, que fue el que se empleo.

El estado de lividez é inflamacion enpieza de las partes blandas, que habian de formar las estremidades de los colgajos que guarnecian, podian dar lugar á algunas dudas acerca del punto del hueso en que debia egecutarse la amputacion. Siempre que sea posible lograr

sin otras desventajas mayores, que los colgajos estén del todo sanos, no hay duda que debe procurarse; pero la experiencia ha demostrado en este caso, lo misma acredita á Dupuytren, y yo puedo asegurar haber visto varias veces en mi practica y en amputaciones grandes, que la inflamacion simple de los colgajos no es un obstaculo considerable á la adherencia, y aun he visto que la existencia de senos en las partes blandas y en los mismos colgajos, si bien prolonga la adherencia mas allá de los limites ordinarios, y suele apurar la paciencia del Profesor y del Enfermo; permite finalmente la cicatrizacion completa, sin dejar inconvenientes de importancia. Esto no tiende sin embargo á demostrar que no sea muy importante obtener colgajos sin estos estados patologicos, y si es posible completamente sanos; pero si para lograrlos tales la operacion ha de ser mucho mas grave, y sus resultados mucho menos ventajosos que el uso ordinario de las partes, yo considero preferible dejar los colgajos con dicha

alteraciones; que al fin la hemorragia primitiva de la operacion, la exudacion serosa, la inflamacion aguda y franca y la supuracion de buena calidad que sobreviene, destruyen estas complicaciones ó sus efectos.

La curacion inmediata y consecutiva presenta pocas circunstancias que requieran particulares reflexiones.

Es de notar que la hemorragia que sobrevino á la operacion obligo al Profesor á esperar cosa de media hora antes de aplicar el aposito, y que ceso del todo aquella, luego de haberse ligado una pequeña Arteria que no habia podido percibirse antes. Dupuytren aconsejaba tanto en esta operacion, como en la mayor parte de las de alguna importancia, en las quales pudiese temerse que sobreviniese alguna hemorragia, esperar hasta una hora, antes de pasar á hacer la cura. Esta es una regla general que no deja de ser de mucho interes y utilidad; porque es muy frecuente que

que aun en los casos que inmediatam.te despues dela operacion y ligados los principales vasos cesa la hemorragia, se reproduce, quando se ha disipado el espasmo hasta el punto de obligar á levantar el aparato, si este se ha aplicado antes; ó que se quede el enfermo espuesto á los accidentes que pueden resultar de dicha hemorragia.

El edema que se observo en las amputaciones consecutivas fue probablem.te producido por la compresion del vendage; asi es que cedió muy facilm.te modificando este de una manera conveniente y aplicando ligeros resolutivos

Finalm.te las cualidades del emplastro aglutinante merecen alguna consideracion. En el caso que nos ocupa parecen haber influido poco en la curacion y en sus resultados, pero para otros muchos casos de amputacion, y aun de otras varias operaciones en que es necesaria la mayor exactitud en la apli-

cacion de grandes colgajos son de la mayor importancia; y como es muy comun que los emplastos aglutinantes se confeccionen ó se conserven constante mal, se estiendan peor, y se mantengan por largo tiempo estendidos hasta secarse, y cuando seos necesitan calentarse mucho p.a que se peguen y ni aun esto basta muchas veces; no estara por demas indicar las circunstancias que deve tener, y en cuya perfeccion conviene poner el mayor cuidado.

El Emplasto adhesivo deve ser blando, flexible, tan pegajoso que al simple contacto de los dedos se quede pegado a ellos, que se desprenda con facilidad levantando el esparadrapo perpendicularm.te y permanezca aplicado con tenacidad cuando se estira este en direccion horizontal, y finalm.te que resista bastante a la humedad caliente.

En mi practica particular he usado en distintas epocas diferentes especies de emplastos aglutinente ó adhesivos

y con cualidades varias. Del diaquilon go-
mado y del emplasto de Andres de la Cruz no
he obtenido los mejores resultados; el primero se
desprende muy facilmente por lo comun y el
segundo casi siempre se pega con mucha di-
ficultad, es necesario calentarle mucho, en termi-
nos que el escesivo calor que lleva suele irri-
tar las partes y causar dolores al paciente.
El que yo empleo con los mejores resultados, se compone
del emplasto de diapalma con una sesta ó septi-
ma parte de resina, se estiende con un espara-
drapo sobre un lienzo fuerte y al mismo tiempo
blando, de un tegido espeso y ni muy grueso ni
muy delgado, y le hago estender ó el mismo
dia ó á lo mas uno ó dos dias antes de
emplearle, porque si se estiende mucho antes se
seca se hace quebradizo, hasta se separa del lien-
zo en escamas y pierde sus mejores cualidades.
Estendido con el esparadrapo se cubre el lienzo de
una capa de emplasto bastante delgada, sin serlo
demasiado; esta capa es igual y el esparadrapo y
el esparadrapo se adhiere tenazmente á la piel
por muchos dias.

Es tem importante que el emplasto aglutinante que empleemos reuna estas cualidades, como que principalm.te de ellas depende asi siempre el que se logre la adhesion primitiva, ó como se llama por primera intencion, de las heridas casuales ó producidas por el Arte.

Una circunstancia conviene notar sin embargo en el uso de este emplasto, que yo empleo y que recomiendo muy particularmente á los discipulos, á saber; que segun he observado en mi practica, despues de algunas curaciones produce mas facilm.te que los demas emplastos la inflamacion de las capas superficiales de la cutis y el desprendim.to de la Epidermis, en terminos de que si se siguiera empleando sin precaucion produciria una erisipela, que sobre todo en las grandes amputaciones podria acarrear fatales consecuencias. Este efecto resulta sin duda de la accion de la resina que siempre es irritante.

Basta suprimir entonces ó definitivamente si no son ya necesarias las tiras

del emplasto, ó por algunos dias tan solo si todavia son de algun interes, ó ponerlas como lo he hecho varias veces sobre algunos espirales de venda que cubran el cilindro del muñon hasta la herida, cuando su presencia es absolutam.te indispensable, para que desaparezca pronto la inflamacion ó erisipela producida por su presencia. Este es pues un pequeño inconveniente, mas que compensado por las grandes ventajas que lleva á los demas emplastos en el tiempo en que su accion es mas necesaria.

Por lo demas el caso practico que nos ocupa es mas interesante de lo que á primera vista pudiera creerse, y considero digno de recomendarse á la atencion de los Discipulos y de los Practicos el Metodo y los procedim.tos empleados p.r el Autor de la observacion, digno Catedratico de esta Escuela.

Madrid á 14 de Abril de 1836.

BIBLIOTECA DEL COLEGIO DE S.N CARLOS