

Adol T. Jaime

C 4060(5)

b18955770



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5316697934

Estudio comparativo entre los diversos
métodos y procedimientos admitidos en
el estado actual de la ciencia para la
extracción de las cataratas.

and work of which I have been able to find
any reliable information, is the
"Athenaeum" of Cambridge, Massachusetts,
which is the oldest and most important library

in New England. It was founded by Dr. John
Cotton, a Puritan divine, in 1648, and
is now the largest library in New England.

The "Athenaeum" contains over 200,000 volumes,
and is one of the most valuable libraries in the
United States. It is open to the public, and
is a great center for research and study.

The "Athenaeum" is a large building, with
a high, arched roof, and is surrounded by
a beautiful garden. It is a fine example of
classical architecture, and is a credit to the
city of Cambridge.

Exmo. Señor: Siendo las épocas mas remotas, el estudio de la Oftalmología no pudo menos de haber llamado seriamente la atención de los Médicos; la transcendental importancia de conservar la vista, siá encajado en todo tiempo uno de los problemas colocados con mayor justicia en lugar preferente, ya que se relaciona con el primero y mas bello de nuestros sentidos; así es que si pudiera ejercer prioridad en el estudio de alguno de los ramos, que encierra la Medicina, indudablemente, ninguno como el que se relaciona con las enfermedades de los ojos; merecería con mayor justicia ser dicho de estudio.

Sus conquistas gloriosas de poco año a esta parte son tantas, que difícilmente se encuentra otra rama más fecunda en admirables resultados y aplicaciones generales. En efecto, desde que el célebre Hohmoller donótrió el oftalmoscopio, si no operado tal revolución científica en el pequeño campo operativo por las par-

los profundos del ojo, que infinidad de efectos que anteriormente se designaban con las expresiones vagas de ambliopia, amблиopia amauastica y amauensis, constituyendo un arcano; nos son representadas en la actualidad por otros tanto procesos mórbidos que parecen como preparados para poderlos estudiar casi como lo Mariano, colocandolos en la plataforma del microscopio. Se ha avanzado mucho desde que no es dable diferenciar una catarsis incipiente de una hipertonía pupilar, de un acrincinamiento atrofico de la misma, etc. etc. Tanto es así, que no tenemos inconveniente en manifestar que de todos los numerosos efectos de los ojos, entre los cuales hemos tenido la fortuna de estudiar con gran cantidad, viviendolos del oftalmoscopio, al lado de nuestro queridísimo amigo y maestro el Dr. Santa-Cruz, no hemos tenido ocasión de observar mas de una diez, en la poca de agudeza visual no sea fuera demostrada por alguna alteración material visible.

No es de este lugar, extenderme en consideraciones para poner en relieve la importancia que ha adquirido el estudio de la Oftalmología; basta las siguientes para justificar la preferencia que hoy mantiene a ocuparnos de uno de los puntos, cuya discusión ofrece mayor vital interés en actualidad. Al referirme a la operación capital de la cirugía ocular. A saber:

Estudio comparativo entre los diversos métodos y procedimientos admitidos en el estado actual de la ciencia para la extracción de las cataratas.

Anunto en este caso solitario, que parecerá falaz oportuno, aprovecharme esta solemnísima ocasión para insistir de nuevo sobre un tema tan agitado al parecer, y que sin embargo no dejance de resto planteado, todo lo más, con mas vigor y subiendo la contrariaidad una notoria de opiniones, a pesar de la eterna discusión de que es objeto, y de los resultados espurios verificados para llevar a la perfección la extracción de la catarata.

Si á que ha obedecido tal diversidad de opiniones, respon-

lo oísta cuestion? En mi propia opinión el motivo mas poderoso, ha sido no haber dado hasta aqui con un procedimiento que tuviera ventajas incontestables, sobre lo conocidos. Yo no haber sido an, es indudable que todos los operadores habrían aceptado sin reparo las ventajas positivas con que les brindara tal cual modo de operar.

¿Puedo decir esto, que no debemos aceptar las modificaciones introducidas, como propuestas validas? Si ningun modo; si de algo se puede enmarcar la oftalmología moderna, si se la quisiera apoyada por tanta innovación, para elevar así hasta el límite de lo apetible el número de ojos en que no es dado sacar airey de la operación de la catarata. Yo que esté en nuestro ánimo, es demostrar que lo mismo en la operación de la catarata, que en otras muchas cuestiones que atañen a la cirugía en general, no nos es permitido ser aplacados por la cual determinada opinión.

¿Cuálos, pues, el criterio que nos ha de guiar para

dijer el nuevo operatorio? En nuestro sumillísimo modo de pensar, el indicador mas fiel para llegar a la perfección, es el juicio diagnóstico; con los medios de llevar a cabo tal ejercicio de la ciencia, con la menor laboriosidad posible, acercandnos todo lo apetecible al bello ideal de dejar los ojos en las condiciones mas apropiadas al estado fisiológico.

Desprovistos de facultades para acuerdos y discusiones algo semejante emprese, que solo el Jefe que no' tiene emprendido; confiamos en nuestro ilustrado criterio y benevolencia para implantar con ventaja los argumentos y razones que exponga el que tiene el alto honor de dirigir la palabra.

Con nuestra venia pague Exmo Sér, entro en materia.

Antes de tratar en particular, de las ventajas, inconvenientes, indicaciones y contraindicaciones de cada uno de los métodos y procedimientos de extracción, que es nuestro principal objeto, nos parece oportuno

6

para mejor inteligencia, hacer una breve revisión conmemorativa de las diferentes fases que ha vivido desde su invención.

El origen de la extracción de la catarata, lo hacen remontar algunos autores á los tiempos de la escuela de Alejandría, pero los datos en que se fundan no nos permiten la verdad de este aserto. Lo indudable es que los egipcios de la antigüedad la conocían, y referiéndose á la misma Pharez, cita á Antyllus y Lathirion, como los primeros que la practicaron. Graben-Ali, en 1506, fué el primero que hizo una descripción algo detallada de esta operación. Posteriormente fué practicada por muchos otros cirujanos y sin embargo de los ^{opacos} de Klein, Saint-Jac, Morris, Forski, Albin, etc., tocando en sucesión sin duda los accidentes á que daba lugar con frecuencia, fué propuesta á la ordenación; hasta que el immortal Daniel, en 1745, supo dictar reglas precisas para poder elevar á la categoría de método general la extracción de la catarata.

Daniel se servía de un cuchillo suculento para penetrar en la cámara anterior por la parte media e inferior de la cornea a medio milímetro del límite opuesto de la misma; agrandaba la incisión con otro cuchillo paralelo pero recto, terminándola por medio de los tijeras que llevan su nombre, a los milímetros por encima del diámetro transversal medio de la cornea. Sustituía el colgajo por medio de una pequeña espátula ligeramente curva y después de haber iniciado la operación sacaba de una aguja especial, la la salida al cristalino en la cucharilla de su invención.

Hasta entonces no se pudo demostrar de un modo innegable la superioridad de este método al de separación tan justamente abandonado. No obstante que consideraciones poderosas no expatrian aulas de los conquistadores de Daniel, para no olvidar un método tan odiado a los accidentes fatales como el de dejar un cristalino contaminado encima de partes tan vulnerables como el aparato ciliar, despuç de los destrozos ocasionados durante la

operacion.

Durante largo tiempo el metodo de Daviel fue admirado por la generalidad de cirujanos como el unico seguro; pues informandose los mismos solamente al perfeccionamiento, nada mas lejos de su animo que oponerle triste alguno.

La Daze, en 1752, fué el primero que practicó la abertura de la camara anterior en un solo tiempo, sin emplear de una especie de bisturi cortero para hacer la puncion y contrapuncion. Warner, Pamard, Richter, Vassal y otros muchos ingenieros, el asenal quirúrgico, facilitando la extraccion a colgajo.

Vassal, en 1784, colocaba la incision oblicuamente, haciendola por panzón simple, menor periferica y de menor dimension que la de Daviel. Richter dala tambien a la sección una direcion obliqua haciendo la periferica que el anterior. Imaginó un utensilio mas aproposito que no hacer la puncion y contrapuncion sin perder el numero acuno, asy de con-

dur la unión. Fui el primero que recomendé la extiración de la catarata con su capsula, cuando se hubiera que verificase esfuerzo para ello, a fin de evitar las cataratas secundarias.

Benjamin Bell y Greger, en 1887, contribuyeron por otra parte al perfeccionamiento de la sección semicircular en la parte superior.

Bau, en 1792, trae el colgajo obtuso infero-externo mas periferico, dando las dimensiones de la mitad del circulo queratico. Modificó el cuadro queratotono dotando de dimensiones, un poco mayores de las que sugerían. Con esto, se comprende la perfección a que llegó cuando realizó la extiración a colgajo. También demostró preferencia por la extiración del cristalino en masa.

En mi época se trabajaba aun, para poner en pie la sección; mas la precision que había alcanzado la extiración, le dió el ultimo golpe de gracia; mereciendo tal favor de los oftalmólogos que se lo arregló con el título de maestro clínico.

Durante un largo período, impresionando los animales por los telos resultados obtenidos con la extracción clásica, no se autorizó la mayoría, de que pudiera introducirse mayor perfección. Sin embargo, algunos cirujanos no dejaron de preocuparse ante accidentes tan fuertes, como la supuración del colgajo. Por lo pronto, las tentativas para conservar la vena complicaron fatal, fueron poco fructuosas conviniendo la mayoría de autores en disminuir la longitud de la herida corneal, apropiándola á la extirpación. Así vemos, á O'Mallaram, en 1782, que de modo de la herida de extensión de media circunferencia, la coloca á un milímetro de la cornera y en su parte externa; á Gassarelli, en 1795, que coloca la incisión de poco más de un cuarto de circunferencia del límite corneal, en el mismo límite aparente y en su parte superior; á Desmarest, cortando un colgajo superior corneo conjuntival; y á todos otros cuya mira era proporcionar elementos de vida á la herida.

Saint Ives y Bourgeat de Petit, en 1767, ya se habían

series de incisiones lineales practicadas en la corona, para extraer cristalitos que en cantidad suficiente hacen caer la cámara anterior, pero no hay ningún dato, que no demuestre se hubieran servido de este proceder, para extraer cristalitos dentro del iris. Lo mismo sucedió Siegmund y Patzsch, señalando las ventajas de una incisión rectilínea á otra curva. Mas, Gibon, en 1811, fue el verdadero propagador de la incisión llamada lineal, para la extracción de cristalitos extraños. El cual sin negar la importancia del método clásico y solo con la idea de ofrecer indicaciones especiales, puso plástica la importancia del método lineal lateral. Colocaba la incisión á los milímetros de la esclerótica, separada tres de longitud. Sobre entonces quedarán demostradas las ventajas de las incisiones á proporción que fueron más rectas. Zeeger en 1812, y Gravest en 1814, proporcionaron adelantos para la aplicación de la sección lineal. Por otra parte, Dr. Graefe introdujo algunas modificaciones, acudiendo á una incisión pericorneal de un cuarto de se-

extirpación, la iridectomía; extendiendo por lo pronto su aplicación al cariotodo las cataratas y preparando así el momento en que se iba a operar contra el motivo clásico. A esa misma complacencia, contribuyó Schucht, sirviéndole de la eucaristilla en forma de cascoleta, de su invención para arrastrar el núcleo a través de la herida lineal.

Otro procedimiento, sin apartarse del colgajo clásico, es en presencia de los difíceles, con que se trataba, muchos veces, para hacer pasar la catarata a través de la pupila intacta, a la par que la frenearon con que se inflamaba o hermética el iris, conociendo dicho motivo con la iridectomía. Ahora, en 1862, practicaba la iridectomía, quince días antes de la extirpación o colgajo inferior; pero no la practicaba de un modo sistematizado, sino que se fijaba antes en los confines de la catarata y del espinaoso ojo. Encuentra la practicaba en la misma sesión después de extirpada la catarata a través de una herida extirpical o colgajo inferior distante un milímetro del borde de la cornea.

Entimamente All, la proximidad entre la incisión la capilla.

Gritchot, en 1865, persistiendo en la idea de considerar la extirpación lineal, fundó la incisión transversal (transversal) casi recta sobre la curva de la cornea, que uniendo los puntos estremos en la extirpación, ó milímetro y medio de la cornea tuviera su parte media en la misma cornea ó los milímetros de su vértice superior; tallando así un pequeño colgajo de milímetro y medio de elevación, el cual asociaba la inmovilidad. Además se servía de su cuchillita, para avanzar el cristalino sin producir contusion de la herida y deformación del ojo, occasionadas por la cuchillita de Schafft-Boumou, al mismo tiempo, ensayaba un pequeño colgajo superior, de unos ocho milímetros de base y medio milímetro de altura, colocándolo totalmente en la extirpación. Con estas innovaciones se dió un gran impulso al método lineal con inextensión, pero distante aun de la perfección; la impracticable necesidad de arrime de instrumentos trae-

toras aunque estuvieran perfeccionadas, traía con frecuencia
 terminaciones finas. Entonces, resarcido el diente de
 Graefe, el cual basando base en los conocimientos pro-
 pios de su instrucción y en la experiencia de los autores
 anteriores, llevó a la perfección el método lineal por
 punzón y extracción. Por lo pronto, se produjo
 un nacimiento fuerte en su forma, que parecía estar en
 concordia con el colgajo clínico, como este lo hizo con
 el abatimiento. Las razones en que se fundaba, tran-
 munizaban al parecer, pues tenia segun los resumen-
 mientos en que se fundaba, la seguridad en su tra-
 mática de llevar á cabo la extracción de las partes con-
 sideradas, suprimiendo los accidentes, tanto durante la
 operación como ulteriormente. En efecto, Se Graefe
 demostró que cuanto mas propinados estén a la direc-
 ción de los grandes circuitos, los sismos verificados en
 una extraña tal como la molar, tanto mejor se hará la
 explotación de los dientes de los más, necesitándose que
 sean muy, tenazas e irregulares, los premios ejercidos

en diferentes direcciones sobre esas heridas para que se entablaban; así como el menor desequilibrio y en proponiendo a la mayor reparación de los grandes circuitos impediría dicha coaptación. Además, permitiendo la herida en condiciones más accesibles de reducción y suturación, se tendrá garantida la rápida cicatrización y por consiguiente reducirá notablemente las cifras de los supuraciones del colgajo. Si aplicarse el principio, no pequeño numero de accidentes, según se dijo anteriormente, no se titubeará en sacrificar un gran segmento.

Los malos tan convincentes, al menos teóricamente, y a pesar de los defectos fisiológicos y estéticos del método de De Graaf, no es extraño ni impone a los demás conocidos. No obstante, los resultados prácticos dejarán de satisfacer mas de lo que podría prever la teoría: así es que operadores de gran valía se apartarán de una manera más o meno franca al nuevo método. Por una parte prácticas, considerando que a su habilidad en el método clásico, res-

nian la ventaja de llegar en resultados felices al final
de tal método reciente, lo condonaría de un modo
absoluto: en tanto que otro, no menos brillante,
preferiría protestar por ciertas.

Moyez, en 1867, tracionando la punzón y contra-
poniendo en los puntos equidistantes de la cornea, un
poco mas bajo que lo de De-Graafe, coloca la parte
media de la herida (de la herida) en la misma cor-
nea á medio milímetro de su límite superior.
Liebreich, abre con la misma herida que Trit-
schet, pero en el segmento inferior de la cornea, vis-
ceralior del cuchillo de De-Graafe. Los mismos se esti-
dos autorestran facilitar la operación líneal, apro-
ximándose de sus ventajas, para minimizar los incon-
venientes á que da lugar tal método de De-Graafe, cono-
ciéndose en su discusión.

Moyez, siniendose de un queratotomo estrecho
y con el fin de agitar en lo posible la iridectomia,
facilitando la expulsión del cristalino; practica la

pucción y contrapuccion en la extensión del milímetro y medio del borde queratico aparcante, cortando así un pequeño colgajo, cuyo vértice coloca en el círculo inferior y la base a dos ó tres milímetros del diámetro transversal medio de la cornea.

Pero si fué mas alto. Kiellor, como había hecho anteriormente Dene-Corne, coloca la incisión en el mismo diámetro transversal medio; de modo que practica la herida más recta posible sobre un círculo muy grande del globo, para facilitar segun él la salida de la catarata y obtener una fácil extracción, prescindiendo de la iridectomia.

Seban y Tardament hacen un pequeño colgajo de tres ó cuatro milímetros de elevación, colocando su vértice en la parte media del segmento superior corneal, facilitando de esta manera la expulsión cristaliniana sin iridectomia previa.

Lo mismo que los anteriores, Chiralt y Sta. practican un colgajo mediano, el primero de diez milímetros de elevación y el segundo de uno y medio,

que interrumpiendo la ostomatotomia.

Y así sucesivamente se podrían citar más ejemplos, para demostrar el descubrimiento que ha venido sucediendo entre los autores partidarios del método general de De Graaf: siendo uno de los más elevados el del eminente oftalmólogo Wecker, que acaba de adoptar un colgajo tallado en el límite queratino superior, de poco mas de un tercio de su circunferencia.

Respecto a la extracción del cristalino enmuelto en su capsula, tan antiguo como la misma extracción, ya digo yo que Pitcher y Bear demuestran las ventajas de semejante modo de proceder, para obtener el mas bello ideal al que se puede aspirar. Châtillon, en 1845, con Moquin y Sperino, renovaron las tentativas al mismo objeto, practicando la abertura clavicular sin iridectomia. Moquin se servía de instrumentos tractores y Sperino los omítia, procediendo para terminar la operación, cuando si la capsula se hubiera iniciado.

Además de los procedimientos de extracción enumerados, que nos parece son los fundamentales, hay infinitas de ellos (ni merecen ese título) que llenan muchas páginas de los libros y periódicos de oftalmología, y que siendo tales la mayoría de cierto valor propio mal entendido, o de tal ó cual coincidencia que ha sido dado al cirujano ó introducir alguna modificación durante la operación, y no cumplen realmente condiciones para que sean signos de tenerse en cuenta.

Hecho este punto, vamos á pasar á la parte muy importante de nuestro trabajo.

Método clásico á colgajo.

El malogrado Dr. Delgado Soto, en las notas originales anotadas á la gran obra del oftalmólogo Weckers, ocupadora del paralelo entre lo dos métodos, clásico y de Desgraeve, dice lo siguiente: «La extracción clásica á colgajo tiene una historia brillante, un pasado documentado un presente glorioso, porque aun cuando

con eminentes patrocinadores, con catorciartas y otros
defensores y porque nun los mismos partidarios
de De-Graffenreid no se atrevan á declarar decididamente;
ni este método puede sustituir al clínico. En mu-
no palabras y mas sencillas, no se podra' sacar
fácilmente un clínico mas completo del método que
nos ocupa, y cuya verdad no han denunciado los
mas decididos suspagnadores.

Véanlos los inconvenientes y ventajas. De lo nimios
dicto en la ~~misma~~ historia de la curación considera-
da de los diversos procedimientos. La extracción clí-
nica adolece con frecuencia de un accidente fuerte; la
paneftalactis por insuficiencia del colpojo. Esta com-
pliación en verdad no podía menos de llamar la aten-
ción; mas apoyando en la autoridad de ilustres opo-
nentes, y en la misma experiencia que tenemos, no enca-
mos que esto accidente, insisto que en buena lid se
puede aplicar al gran colpojo, sea suficiente para
relegar al olvido este método. También es cierto, que

la extracción se muy difícil de llevar á cabo, y de aquí que los cuidados de la conservación, tengan que ser largos y pesados en lo concerniente á los manejamientos del espino, vendajes y alimentación, por las complicaciones que pueden presentarse á la menor imprudencia. Por otra parte, han servido de argumento en contra de la extracción el colgajo, dejando la pupila intacta, los accidentes por parte del iris, tales como la rigidez de sus fibras circulares, las iriniquias ó adherencias posteriores, que oponiéndose á la expulsión de la catarata, contribuyen á la latitudinal de este acto, trayendo muchos inconvenientes, la necesidad de servir de instrumentos de tracción, que suelen producir como consecuencias tristes; el metaposis deliris, la iritis ó la querato-iritis supurativa. Estos últimos accidentes, en verdad son algo frecuentes, mas no se pueblan contar con su patrón en el desarrollo del colgajo elástico. Emporadura, que antes de decidirse el operar un caso dado, se presentan estos accidentes, ó si el

estudio de la catarata, residiendo en los procedimientos que poseemos, nos demostrarás la posibilidad de su desarrollo, no pensando en el método clásico, y pónganos en brazo del procedimiento que mejor indicado nos parezca. Así, te seguirá esa planta a la condonación golata, apiste gran diferencia.

El gran edificio, en los casos indicados, nos ofrece numerosas ventajas. La pupila se cicatriza sin trazas de haber existido; la pupilla central, regular, adquiriente de los importantes actos que le están encargados sigue siendo el admirable regulador de la cantidad de luz que debe imprimirnos; ofreciéndonos visto que la remitir sin igual del manual operatorio, la posibilidad de practicarse sin el menor dolor y sin que salga una gota de sangre.

Otro punto, que no permito de comparación para proponer la extracción clásica, ha sido la estadística. Casi todas las observaciones que hemos tenido en cuenta de consultas en los libros, parecen estar en contra

de la misma; sin embargo son tantas las circunstancias que
 pueden influir en el resultado; y últimamente esto
 hace tanto dudar en que este método lleva indicaciones
 o resultados favorables, que ninguno de los otros pro-
 cedimientos conocidos hasta nuestros días podrá su-
 perar? Ya que lo resultado se halla, transcribimos
 lo que a este objeto decía nuestro compatriota Dr.
 Salgado Jugo: «El mismo ilustre profesor de Berlín
 edica a favor de la extracción clásica la siguiente
 estadística, sobre 1600 extracciones de cataratas, no
 hubo mas que un 1º por 100 de casos desgraciados; don-
 de que emplea el rendaje comprendio, sobre veintimil
 catoratas, el mismo profesor no perdió sino el
 cinco por ciento; y sobre otros veinticinco casos
 obtuvo ochenta y cuatro completamente favorables y
 una incomplicadamente ventajosa. ¿Que mas, nos
 preguntanlos quindos, puede pretender de un método
 operativo, si es que se deja algo a la fortuna? Pues
 no es necesario andar meridianamente para

renunciar tal procedimiento, que une á la pupila que tan claramente ejerce la invaluable ventaja de conservar la pupila normal y obediene finisímicamente á la acción de los lentes.

Basta lo expuesto, para pasarse á determinar las condiciones que deberá tener la catarata, para que de buen resultado su extirpación á colgajo.

Está bien probado, que una incisión queratíca periférica tiene que apartarse bastante de la linea media trazada sobre la curva de la cornea, para que deje pieza á una catarata dura y voluminosa, sin previa iridotonía. De aqui, que la longitud dada al colgajo, lo cual implica su altura y la mayor proximidad á la esclerótica, haya de estar en proporción directa de la magnitud de la catarata. Efectivamente, si practicamos una sección de colgajo clásico, en presencia de una catarata dura y voluminosa, veremos que esta necesitará muy poca amputación para que se distinga por la pupila, pues el eje ver-

real del cristalino concuerde con la abertura, siendo muy poco el movimiento de proyección que ha de sacrificar aquél órgano para vestirarse de óptica opaca. Por otra parte, teniendo en cuenta que la abertura interna de la herida mide un milímetro menos que la externa; lo cual implica una disminución de dos milímetros en la base del colgajo, nos servirá de guía para tallarla de manera que la abertura externa esté muy cerca del límite oponible de la cornea; obteniendo así, una abertura real de ocho milímetros de base, lo suficiente para dar paso con facilidad a los extirpados tumores más gruesos. Pero, no se crea por eso, que sea oportuna para una herida en estas condiciones, y sin servirse de mayor parte de reo, de quedar fracturado más e menos violentemente, una catarrata de núcleo pequeño e ñublado; en estos circunstancias estriban principalmente nuestras razones para adquirir multiplicidad de disecciones en los heridos di colgajo. Si aquí se detiene, que la principal indicación, la fundámos en la consideración

tencia y volumen del nódulo de la arteria, bajo el punto de vista de mayor facilidad de translación al exterior; procede formular la siguiente indicación, en que la extracción clásica dará ~~gran~~ resultado:

En los enteratas duros, dentinarios y completos sin participación estética de la cuspide; entre los males están comprendidos la inmensa mayoría de los seniles; teniendo en cuenta que no sean áridos de pronuncias negativas notables, los cuales convirtiendo su una evolución gruesa las piezas corticales, disminuyan el volumen del nódulo.

Sin embargo, este método aun contando con las condiciones citadas, está contraindicado, siempre que la arteria promete las complicaciones más o menos directas que al continuación se expresan:

1º Afección de las vías lagrimales. Es muy conocido todo en España, ver muchos enfermos afectos de calarata y déla par con afecciones de las vías lagrimales, lo cual constituye una complicación, especialmente para la

extracción clínica. En estos casos no conviene operar sin gran colgajo.

2º Blefaritis y conjuntivitis. También estos complicaciones son frecuentísimas, desde la más simple aguda o crónica al tracoma difuso, las cuales contraponen extraordinariamente todos los procedimientos operatorios y de un modo confortablemente seguro la extracción clínica.

3º Glaucom y queratopexia. Sencillo punto indicar que ningún enfermo afecto de la ceguera por una inflamación más o menos aguda, debe ser operado de catarata. Respecto a la degeneración seudoglaucom, no me espero la experiencia sea contraindicación para la sanidad o el ojo.

4º Edad, inid-oculiditiz, inid-donosis. La influencia de la fuerza sobre la pupila no distinguió entre diferentes complicaciones. Las sinequias nos serán denunciadas por los padres o médicos que presenten, lo mismo que los anestesiistas, si no son muy peroperarios, debiendo ser consideradas como contraindicaciones, por sucesos y limitados que son.

La iride-sclera, histeria, etc., recy del retinaculo interno del vitreo, y otras de la metamorfosis regresiva de la catarata, o ya tambien de la degeneracion de la retina, serian contadas como otra contraindicacion.

5^a. Notas, condiciones de constitucion y salud general del individuo. Despues de averiguarnos de que la catarata, membranas y masas del ojo son susanas, no presentan ninguna contraindicacion de los mencionados, para la extraccion clistica; estudiaremos atentamente el temperamento, constitucion y salud general del individuo, pues si para lo demas proceder es de conveniencia, en este es de sumidad rigorosa que sean regulares cuando no excesivas; que no padecan ninguna enfermedad diafana, ni "malas" bajo la influencia de enfermedades de carácter, podiorum, convulsiones, tisis, venitos; los cuales son fuertes, tan siempre para este metodo. Al mismo tiempo considerará tener en cuenta las condiciones morales del individuo, el cual deberá resguardarse al guardar la muy rigurosa quietud durante seis dias, lo menos. En lo indivi-

lues muy numeros, lo mismo que en los viñales que se impresionan y agitan; derrumbes destruirán a pesar de ser buenas las demás condiciones; pues, cuando se practica una gran abertura al colgajo en tales personas, es saldo lo suemo-blado que resta la contractilidad y la facilidad con que se escapa el vitreo, con muy motivo, si se emplean instrumentos de fijación.

El colgajo debe practicarse en la parte superior de la comisión la inferior? Sobre este particular se ha discutido mucho, y puede decirse que en general la habilidad de cada cirujano no más la que sea decidido, tanto la preferencia a uno u otro. En realidad la adaptación de los colgajos de la retina es más favorecida por el parque superior que por el inferior, lo cual podemos justificar con nuestra propia experiencia; habiendo observado que a veces, periferico el colgajo inferior, no todo con siempre muy resultado. Bien es verdad que el superior es la mejor opción y más expuesto a colgajos de vitreo, además de que en los individuos de edades salientes, ej. presidiarios

o estrichar profundal o con mayor suaviz sientan impotenciado, será imposible aguantar el superior. Sin embargo, no dudanza en dar la preferencia al colgajo superior, y en lo caso en que no sea posible, optarás por otro procedimiento.

Gran colgajo combinado con iridectomia.

El punto fuerte de toda cirugía que cuente más, tiene que ser una herida sobre el ojo, tanto mejores serán las garantías de vida que posea; inutil para mí, que en el momento que pensemos practicar la iridectomia, esto fuera de lugar la indicación del colgajo, y por convencerme que no debe admitirse como operación permitida, debiendo obtener el colgajo combinado a obviando y contratiempo que no esperaremos. Por lo tanto tendré necesidad de practicar la iridectomia:

Sí. Cuando lo entarata es capulo-lenticular siendo así que la suponiendo lenticular solamente. Esta complicación que no puede superar el cirujano, cuando es un depósito de capos vitreos en la superficie interna de la capsula anterior, ni

que en su más fuerte amianto de silicatosilicicos calcáreos, se la divide generalmente por la resistencia e inelasticidad de la gresotomía, pues estando intimamente unidas las fibras cristalinas á la cristaloides, no se rebajan los colgajos abiertos en la última.

2º. Cuando la contracción esquamicida del esfinter iridio no se opone á dar paso á la extirpata, mediendo ansiando que dejemos de expulsar el nido, quedan partes corticales, por detrás del iris y enteras quedándose únicamente por la pupila natural debiendo practicar la iridectomía.

3º. Cuando ningun practicado una abertura insuficiente en la cámara anterior.

4º. Cuando el iris permaneció ó fraga sufrido fuertes contracciones.

Método recto-lineal simple.

Este método, de cuya invención lo cabe la mayor gloria al Gijón, ofrece ventajas cuando sea indicado, que no caben en brevedad á ninguno de los demás procedimientos de extirpación.

Supuest, que son raras las circunstancias de situacion que lo se
nalen los ojos, dignitarios para sustra mejor inteli-
gencia, una ferita comical cuya parte media dista quin-
tymetro y medio del limite exterior midiendo cinco de longitud.
Resuvi los ventajas: La ejecucion de la ferita es facilis-
ma, la mas facil entre las incisiones rectificadas para ex-
trair extrataras; sus lados siendo lo mas recto faciles seran-
nen naturalmente, estando en las condiciones muy ab-
nadas para su facil y pronta cicatrizacion. El empleo de
la extrata blanda se hace con tal facilidad, que no puede
menos de imprimirlas favorablemente el animo del que
no esta acostumbrado a ver tal suerte en operaciones de
tanta trascendencia.

Respecto a los inconvenientes, respondemos, que el dia-
notico espacio de la clase de extrata y las condiciones ini-
ciciales, nos impediran en si el exito de operar
por extiracion cuando la consistencia de la extrata, edad
del individuo y constitucion personal del qe son adecuados
para operar bien resultado de la sección. Relativa-

mente a la posibilidad de que se desarrollen accidentes tales como el escape de vapor, formación del hielo ó inicio convectiva; dirémos, que con ver estos factos tanto más peligrosos serían cuando se presenten, menos peligrosos que al desarrollarse efecto de otros procedimientos de extracción. Por nuestra parte podemos afirmar, que después de haber visto practicar muchas extracciones ó beneficio de este método, no hemos presenciado ningún mal éxito definitivo ó permanente de haber sobrevenido algunas muy leves complicaciones.

Esta operación - considerada casi siempre en las condiciones siguientes:

1º Si las calderas, corderamente blandas ó líquidas. En estos puntos, circunstancias no es difícil concebir que tales los prácticos hagan estas operaciones en aplicarla, todo sea dicho sin duda de menor secuencia; naciamiento los particulariz de extracción por succión, se comprende hagan hecho una protesta parcial, que bien sea de poco o no significativa en nada la extracción lineal simple, pues para

ello tiene que hacerse una incisión lineal pequeña ó fina de introducirse la aguja de suero, dejando lejos presente que para ser aplicable hay que tener seguridad de que la catarata es completamente blanda ó líquida y en ocasiones circunstanciales esta protada que puede hacer la extracción sin servir de instrumento aspirador.

2º En general, en las cataratas traumáticas de los individuos de mediana edad; siempre que no haya inflamación ó infección del iris, tienen encima del ojo, ó lleva un nudo duro mas ó menos grande.

3º En las cataratas diabéticas.

Extracción lineal lateral con iridectomia.

Supuesto de lo dicho relativamente a la extracción lineal lateral simple, no será fácil trazar el lugar que le corresponde a la misma combinada. Particularmente hasta el límite posible de la cirugía conservadora y en pro de la mejor obtención, no practicándose el segmento del iris mas que en los casos atenuados para que de lugar de proteger. Y son los siguientes:

- 1º En los cataratas blandas ó líquidas complicadas con otras afecciones, en las cuales este procedimiento beneficia de la indumentaria.
- 2º En las cataratas arido-silicicas. A favor de la extracción electiva para estas cataratas, no estan conformes los autores; pues al punto que unos creen deben extirparse por medio de pinzas finas ó rectilíneas, otros dicen que hasta la diseción con las agujas, para obtener la resección y desembocarlas adonde se ha más que en parte el campo pupilar. Las condiciones de la catarata en el individuo no facilitan fácilmente; así cuando la catarata aunque membranosa, es bastante grande y no tiene muchas adherencias, contando por otra parte con las buenas condiciones individuales, no habrá inconveniente en practicar la extracción óptica lateral con indumentaria, ó sin ella segun lo visto.
- 3º Como indicación de momento. Efecto de la evocación de diagnóstico preciso, es muy posible que al intentar la extracción simple, nos veamos obligados

d'excavar una pequeña porcion del iris, agrandando tambien la pupila, y sencillamente de la cuchilla de Critchot para la excavacion de un nicto mediano, cuya salida seria laboriosa, si insistieran en nuestro anterior propósito.

Método lineal de De Graefe, por fruncion y contrapunción.

Quedan enumeradas en su lugar las rutas que guiarán a los Cirujanos para practicar la extirpación lineal combinada, la cual fundamente en círculos sólidos el gran De Graefe. La irritancia, imprescindible para dar paso a una rotura lisa d'traversi de una redia reticular que sea anque d'la lineal, es el punto mas importante de discusion en este mito do. A nadie se permitido dudar de los adelantes que no ha proporcionado, sobre todo lo contrario equivaldría casi a negar la eficacia aducible de la iridectomia en el glaucoma. Sin embargo, esa destrucción sistemática del iris de casi un tercio de su extencion, no se practica impunemente d'juzgar de la incon-

cia con que se ha querido proclamar en la convención
 vía de colocarla en la parte superior, van en contra, altas
 consideraciones que no pueden menos de oponerse al se-
 guiente modo de proceder. Es una de las de mas peso, un
 principio de buena cirugía que dice u no deben atacarse nunca partes que no sea absolutamente indi-
 pendencies intereses y en este opina se fundan prin-
 cipalmente los argumentos aducidos en contra de la iri-
 ectomía, de lo cual se ha abusado tanto en estos ult-
 imos años. De esa destrucción sistemática resulta,
 en primer lugar la perturbación funcional que nec-
 cesariamente tiene que traer la alteración profunda de
 un órgano tan importante como el iris; en segundo
 lugar la deformidad ocularizada, pues a una pupila
 redonda, central obedece el mecanismo natural se sus-
 tituye otra paralítica, irregular, excentrica; en tercer
 lugar las iritis, irido-coroiditis, que a pesar de lo dicho
 en contra son bastante frecuentes, teniendo su punto de
 partida en los bordes de la pupila artificial practi-

cado, y poniendo estímulos al ojo en tal compromiso, que por
cas raras se puede sacar partido algénico en beneficio del
enfermo.

Otro de los puntos que interesa examinar, es el
que refiere a las condiciones de la herida. Ya dijimos au-
teriormente, que los principios en que se funda se inspi-
rarán en los garantías de cicatrización rápida y
por ende disminución notable del accidente más faver-
to que presentaba con frecuencia la herida ó gran col-
gajo. Efectivamente, bajo el punto de vista vital no pa-
sean muy de estar considerada la incisión de Dr. Graspe;
empate, es de indudable y absoluta nocividad una po-
nencia segurísima por parte del cirujano que la per-
fice; pues con ser de difícil ejecución, el menor des-
cuido en la punzión ó contrapunción produce la
insuficiencia de la abertura ó que se interese el cuer-
po ciliario, lo cual es más fácil en este método que en
ningún otro, salvo principalmente al punto de ver-
nar que se puede al verificarse la contrapunción;

y sucediendo en el caso de tener la contrapuncia algo mas posteriora que la primera, un accidente mas fuerte que la misma paroftalmitis; la cicatriz traumática, preludio casi siempre de una affection simpatica del otro ojo.

Por otra parte la presion intra-ocular que desde el centro del ojo sigue la direcion de todos sus radios, da facil proyeccions a la materiales por estar los bordes de la ferida cortados en paralelismo con aquellas; no siendo precisamente accidente muy grande, cuando se encara el vitre detrás de la expulsión del nucleo y se le hace en mayor cantidad de una quinta parte, pero en los casos que ocurre antes de la expulsión total de la catarata, son notidas las maniobras peligrosas que se tiene de practicar y que detrás de una oleada de vitreo suele venir otra, encontrandose entonces el ojo en condiciones atonaldisimas para perderse.

A las mermas condiciones de la ferida se debe la frecuencia con que se presentan las cicatrices estropeadas

que produciendo perturbaciones notables en la limpieza de la visión, son causa de complicaciones tópicas, aunque lejanas, seguras de los retroresos y medios internos.

Bordo que se refiere a la cuestión de analizar y comparar los resultados de este método con los demás; parece resuelto según la mayoría de autores el apoyo [apoyo] en favor del mismo; sin embargo, viene lo que a este propósito dice el Dr. Delgado-Jugo en la página 681, segundo tomo de la obra de Nicker referente a la estadística del mismo. De igual acuerdo de los operados por su mismo método; compararse con las cifras de los operados a colgajo por el citado oftalmólogo, descripto de la operación de la iridectomía en el glaucoma y se comprobará que la proporción de los casos adversos y favorables no disminuye en lo mas mínimo.

Debiendo esperar las ventajas; dirímos que la principal, es la virtud que en muchas causas posee la iridectomía, figura-ria no aplicada satisfactoriamente) de disminuir la presión intra-ocular, obrando favorablemente

sobre la circulación e invasión del globo ojo disminuyendo los irritos e irido-coroiditis; siendo secundaria, la de atrofia extraordinariamente los días de reperfusión y peligrosa si que expone una cicatrización tardía su asegurarse.

Conocidas las ventajas e inconvenientes de este método; vienen los casos en que parece indicado:

1º En las cataratas complicadas con sinusitis periorbita y multiplas; tales que, obteniendo el éste beneficio de establecer la comunicación entre los dos ojos y facilitar la expulsión que sin operación del iris, sería casi imposible.

2º En las complicadas con coroiditis, después que no se ha podido asegurado de que existe agudera visual.

3º En los casos de manchas destructivas de la cornica en todo campo periférico éste.

4º En las cataratas traumáticas, cuando hay aumento notable de la tensión intraocular; entonces se ha conocido el efecto antiflegmótico de una ancha iridectomía asociada a una herida lineal extirpical; y en es-

de ésto se encuentran la mayoría de las calaratas bronquiales de los individuos de raza de treinta años, debido principalmente a la falta de elasticidad de los menores envolventes del globo, que no ceden al aumento de volumen (proporcional) proporcionado por la inhalación cristalizante, ademas de haber un riñón mayor y menor crecido.

5º En los calaratas raros, cuando el enfermo ofrece una maliciosa constitución.

Procedimientos de Noyer y Lubrich.

Los puntos más importantes de estos procedimientos sobre que soy incapaz llamar la atención son, la incisión y la iridectomía. Haciéndolas primero en la incisión, resaltan que observadas con frecuencia accidentes debidos a la lesión del músculo ciliar, de lo cual adolece la sección de De-Grafe, tratarán de poner remedio dichas autorías, practicando incisiones que no ueden en ventajas vitales a aquella, evitáran sus inconvenientes. Así aunque los dos autores no modifi-

que en apéndices los puntos de punzón y contrapunzón si la elevación del pequeño colgajo, lo colocan sin embargo casi totalmente en la cornea; distando el vértice de la incisión de algo más medio milímetro del límite superior o paralelo se la cornea, y de milímetros del inferior el de Siebreich. Resulta además de estas condiciones, la disminución de los escapes del vitreo, pues estando los bordes de la herida en una dirección oblicua respecto de la fuerza centrifugada que parte del centro del ojo y se irradia en todo sentido, queda dificultado el prolapso hialino. Por este mismo motivo hay mejor adaptación de los bordes de la herida, que aunque tengan menor vascularización, cicatrizan más con la misma facilidad que la del método de De-Graefe.

La situación de la herida se diferencia (se diferencia) también de la de De-Graefe, en que evita las dificultades para cortar un colgajo conjuntival, siendo por consiguiente más sencilla y menos expuesta a necrosis. La situación media de la herida de Siebreich,

colocada en el segmento superior ó inferior de la cornea, tiene la ventaja en muchos casos de permitir la salida de la catarata, prescindiendo de la iridectomia; de lo cual nacieron los procedimientos llamados d'colgajos quirúrgicos.

Pasando á la modificación introducida en la iridectomia; observamos que su amplitud corresponde en proporción inversa á la proximidad de la herida del centro cornual, y por consecuencia viene reducida en el procedimiento abierta es mayor en el de Schleich. Con esta modificación, que da cabida á la iridectomia mas bien para dar paso franco á la catarata que para obtener un efecto antiflegmático, resulta un beneficio fisiológico que disminuye los circuitos de difusión grandísimos producidos por el noctato de Schaeff.

Sus desventajas principales son las siguientes: "La primera linea traz que citar las dificultades con que se puede tropezar para la extirpación de la totalidad de la lente; la cual en las condiciones del agrandamiento pro-

pilar producido puede ofrecer inconvenientes si no se hace necesario de introducir repetidas veces los cuchillo, para arrastrar las nuevas corticales; pues lo que se pierde es la protección inflamatoria con que responde el iris a los roceamientos de los instrumentos traicioneros. En segundo lugar, hace que llamar la atención sobre los inconvenientes del iris en la herida, los cuales apuntan de no ser tan frecuentes como las roturas existentes en el método de De-Sauvage, no dejar de presentarse con frecuencia, determinando la fatiga continua del iris que relacionado íntimamente con los nervios, fibras del trácto visual, puede ser punto de partida de accidentes ulteriores y gravísimos.

Resalta de lo que anterior, que estos procedimientos no apartarse de los principios fundamentales del método de De-Sauvage, a saber: la aproximación de la herida a la linea recta, y su corte con el cuchillo de su invención; ocasiona ventajas que aumentan las probabilidades de buen éxito.

Judicaciones. En general, dará buen resultado este procedimiento, cuando teniendo la tacta adecuada las fuerzas condicionadas señaladas para la extracción clínica, opera inconveniente, que sin entrar en la categoría de gravedad de los arisados al método de De-Grafe, sean contraindicaciones de aquella. Así, dará buen resultado:

1º. En las cataratas complicadas con opacidades de los ríos lagrimales, oftalmítis, conjuntivitis crónicas, en que no sea preciso operar a pesar de estas contraindicaciones.

2º. En las cataratas duras complicadas con visión o limitadas.

3º. En las cataratas de los judicados de mala condición; adoptando la incisión en el segmento inferior dando los judicados con parálisis.

Procedimiento al colgajo mediano.

Siendo raras las indicaciones señaladas por los autores al colgajo mediano y al fin de simplificar en lo posible su indicación, nos serviremos de la indicación querística de Chiralt,

como base de nuestro paralelo, pues representando un pequeño colgajo de dos milímetros de elevación, resultaría ser un término medio entre el de Sibaria que mide unos cuatro y el de Atta que mide seis. Este procedimiento ofrece en suma los ventajos del procedimiento de Sibaria, en cuanto a las condiciones de vida y actividad de la herida, bastando fijarse en la misma que ambas tienen, para observar que la del colgajo medianos se diferencia considerablemente en estos completamente en la tercera, sin interrumpiendo la enteroética. Por lo tanto recomiendo detallar las ventajos, que son los mismos ó aquella señalados, mas la de respetar el canal de Salomón, y de este que siendo más corto exponga menos al organismo exterior.

Hablando en su lugar, de la facilidad con que es deslizada una catarrata de gran núcleo ó traves de la herida clásica; decimos que no por ello se evoque fácil la salida é traer de la misma de una catarrata de mediano ó pequeño núcleo. La razón es obvia; pues así como con un cincel grande se impulsa muy fácilmente hacia la abertura

tura periferica, por la cual verifica un pequeño movimiento de polanca hacia adelante; no sucede así, cuando el nícteo es pequeño; entonces, después (*después*) de expulsar las masas coágulas blandas, se retira en la cámara posterior y los esfuerzos que en la mayor parte de vez se necesitan para dirigirlo entre los bordes de la herida, son mayores de lo que puede soportar la hinchazón sin romperse; de ahí que en estos casos debemos buscar una abertura de fácil acceso. En semejante circunstancia, se encuentra la herida al colgajo medio, a través de la cual y sin necesidad de iridectomia, se introduce el cuador nuclear, siendo extraído sin dolorosidad.

De esta verdad que Ningún estudiado o comprendido en la práctica; se deduce, que la proximidad de la herida al centro canal pide evitar su razón directa de la pequeña del nícteo; guiandone, así evitaremos practicar en colgajo mediano para extraer un nícteo grande que al la laterosidad con que sale, arroje el exponiendo el escape del vitreo por la grande ope-

sin el conocimiento de postura que necesariamente ha de verificarse.

Judicaciones. En general, convendrá para las extracciones asiento de fisionomías regresivas rotatorias o rotativas en la morganiana, caracterizada por un nictus pequeño, morenido que no escapado a la flaccidificación sufrida por las venas corticales. Hay que tener en cuenta que en la regresión no always sera alterada la espuma; pues entonces no es fácil que las tentáculos bucales para extraer todo el aparato cristalino, den resultado sin previa insuficiencia.

La elevación del segmento superior para practicar la sección a colgajo medianu debe ser siempre preferida a la del inferior.

Procedimiento de Kückler.

La incisión transversal de Kückler, en apoyo de la cual han dicho sus partidarios, que además de la facilidad en el manual operativo, ofrece la ventaja de ser completamente visual, no puede menos de ofrecer

inconvenientes serios, tales; como los circunstancias que permitan que se verifique, se haga de haber scandale, presentando un gran desacato á la virion; la dificultad con que se extraerá una colaneta de gran níctez al tener que levantar su borde superior un cuarto de pie, esto para presentarse sobre los bordes de la herida; los endoloramientos delirios en el sitio mas delicado que con facilidad son su consecuencia; y la dificultad con que se cicatrizará la herida en los individuos de mala constitucion, particularmente aquella que se ha de una supuración abundante á pesar de la coincidencia de la inyección con un circulo maximo del ojo.

Sin embargo raras son las principales, que aun saliendo á crecer, se debe presentar por completo este procedimiento, como operacion prometitada; no, como resulta que en casi todos los individuos que aceptan la presencia de muchas circunstancias que son atijan á modifi-
car sobre el terreno, nuestro propósito.

Procedimiento quan-lineal.

Este título que Monoyer ha dado a su procedimiento, por estar fundado en la abertura de una herida cuya dirección se asemeja á un círculo macipino del ojo, sin embargo de poseer un colgajo de cuatro milímetros de elevación, posee las ventajas siguientes: Los lados de la herida tienden naturalmente á ponerse en contacto el uno con el otro, igual medida en los propios llamados líneales; verificándose casi totalmente en la entrodeica, tiene grandes condiciones para entrar por primera intención.

No obstante, este procedimiento que ofrece garantías, atrae los juicios á dos accidentes: Siendo entrodeica el inferior la herida, y recordando que el distanciamiento inferior de la cornea mide media pulgada menos que el superior, resulta gran exposición de herir el cuerpo clínico, y dan lugar más fácilmente á escape de vitreos cuando obligado cortar un colgajo conjuntival, nos encontramos con las dificultades propias de su ejecución, muy

la humorología, que siempre estorbó. Por otra parte ^{para} también frecuentemente las dificultades ofrecidas por una herida o colgajo insuficiente para dar paso a la catarrata sin provocar iridocistitis la cual ofrece peores condiciones que la del mismo De Graefe.

Con lo expuesto, nos parece haber dicho lo bastante para hacer ver que este procedimiento está fuera de lugar.

Extracción a colgajo periférico de Neher.

El eminente oftalmólogo Neher, tan decidido comprendió método de De Graefe, para asegurarse de lo cual, no ^{hizo} que pasara nieta a lo que dice sobre esta materia en su monumental obra traducida al español por el Dr. Pedro Suárez, acata de hacer una declaración importantísima. En efecto, la notificación que ha publicado, no siendo proclamada con toda franqueza, como radical suiendo el cambio.

Es indudable que la oftalmología entre los diferentes profesionales que ha renacido, no posee ninguna tan bella co-

sino la extracción de la catarrata; pero si todos los procedimientos satisfactorios, cuando son seguidos del orden que nos proponíamos, ninguno produce en nuestra imaginación un entusiasmo mas completo que la extracción clínica; gracias á ella se obtienen los resultados mas satisfactorios para la buena circulación, fisiología y estética.

Pues bien, esta verdad que reconoce todo el mundo médica, tropesaba muchos mas, con tres inconvenientes; el protopus hidráulico, la irritación y la reparación del colgajo mas la naturaleza que no había solido de un medicamento tan valioso como la atropina, araba de Enriquecer á la oftalmología, gracias al espíritu investigador del nombre, un otro medicamento mas potente, el sulfato neutro de curina: á sus propiedades se debe un nuevo progreso; ello llevará á cabo la perfección casi del método clínico. Añadiendo de este lugar, hablar de los efectos de la curina, no limitaremos á conignar sus beneficios resultados en los ojos corneales y nervios periféricos del ojo. En esto dice, se comprende que el Dr. Núñez á pesar de las ideas que

meditado, hasta adoptado con algunas restricciones el método clínico.

Por evitar repeticiones, omitiríamos de nuevo grado decir una palabra, de las sondajaz, depósitos, inyecciones y contraindicaciones de este procedimiento, que por otra parte en balance con los del colgajo clínico, no discrepan apuraz; sin embargo llamaremos la atención sobre algunos detalles.

La herida abierta por este proceder comprende un tercio del circuito queratino aparente, sellando por consiguiente un colgajo de cuatro milímetros de elevación. Si esta pequeña herida periprística tiene que resultar edificada en evitando las contracciones, d'que da lugar una herida colocada en situación denudadora para dar paso al cristalino, conservando íntegro el iris; sobre lo cual llama tanto la atención el Dr. Walker en su citada obra: tanto es así, que tanto tiempo consideró de preverciar, en diferentes oclámos, los inconvenientes de heridas d'colgajo algo diminuidas, nos preguntamos si que puede observar una modificación que pro-
vejalos de 2 milímetros en la longitud de la herida, con-

presente debilitante al iris: no obstante de fundarse el nacimiento procedimiento, en efecto poderoso de la escirina contra la separación de la herida; siendo así que no puede nada contra la irritación aguda, tan fácil de provocar por las contracciones y distocaciones, a que es expuesto dicho iris.

No parece saber dicho lo suficiente, para discernir lo mucho que debe la extracción á la reciente aplicación de la escirina; al beneficio de la cual nos será más fácil denunciar muy accidentes, fuertes, sobretodo para el ojojo clínico.

'Extracción del cristalino envuelto en su capsula.'

Es sabido que muchos de los accidentes fuertes, especialmente en los extractions de los animales, son debidos á restos corticales, ó reas mininas, de los cuales, no es posible librar absolutamente á los operados, desde el momento que se ha rotado el punto cristalino; ya sea que esto haya sido atendida, como tendencia que hace de casi por precision, ciéndole su temible parte en el proceso extrativo; ya también que la extracción, después de rotar, lo cual practicarán los mejor

vezos, al participar de dicha proceso los celulas epiteliales.

Efectivamente, las celulas cristalizantes sufren en caso de una infección comparable á la exponja en contacto de la mucosidad, que encontrando un obstaculo á su ensanchamiento por la falta de elasticidad de las membranas endocelulares del ojo, intentan al iriz y, en el dho periodo ciliario, produciendo una modificación tal en la circulacion profunda que puede dar lugar á la gangrena palpebral. Las celulas epiteliales intracapilares, quedándose atrapado de sanguineas, contribuyen al mismo resultado, dando lugar á infecc. sencillas ó invadidit. y tambien á las catarratas llamadas secundarias, debidas á la persistencia de la cipolla ó masa cortical, en el campo pupilar.

De aqui ha nacido el procedimiento destinado á la extraccion del tejido cristalizante en masas, segun propuestas realizadas en los siguientes:

Dominante considerablemente la inflamacion consecutiva del iris. Se hace necesaria, una vez practicada

felizmente, ninguna operacion de correccion; siendo la agudeza visual la mejor que se puede obtener, si se practica de la inmediata.

Los defectos existen principalmente en la dificultad del manual operatorio por lo que oppone a las perdidas del vitreo; no porque un pequeno trozo de vitreo sea grave (pues no parado de una quinta parte puede ser hasta conveniente) sino porque es facil la facilidad con que otros de una elada riqueza otra, desde el momento que se ha roto la bialoides. Aun en los casos en que por razones cientificas se considera indicado este procedimiento, no encontramos indicios por las dificultades que ofrece una diagnosticos preciso. El Dr. Neher hace constar como complicaciones fuertes que se presentan con frecuencia; las hemorragias internas, los desprendimientos retinianos y el glaucoma. Otra circunstancia que se ha de tener en cuenta es la de que despues de la mayor desgracia del cirujano, se rompe muchos veces la cap-

sola, ademas ó al unir el cristalino, y entonces la evacion definitiva es mas difícil que en los otros procedimientos.

No parece seria priligo examinar consideracion que nos deuotriaran la impenitencia, en el estado actual de la ciencia, de admitir este procedimiento como resultado en general para reemplazar las demás estudiadas, pues aunque las estadisticas publicadas en libros y periodicos se hagan todo muy favorablemente; sabemos lo fatales que suelen ser estos por muchos conceptos, y ademas, mientras no se resuelva el problema de sacar un medio para separar el cristalino en masa con fuerza de lo suficiente para romper la fibula, o en sus apagandones (apagadores) en la experienicia de la mayor parte de cirujanos y en la que no suministra el habeas sentido de testigos, que sus aplicaciones han de ser muy reticidas, con la condicion de que cuando no sera posible afirmar con anticipacion, la ejecucion seguras de este procedimiento.

Introducción al encubrimiento, en que se dan algunas indicaciones:

1º En las cataratas capsulo-tecidualas, de los malos adyuvantes trae tres formas; regresivas por antigua madurez del nicto, capsulo-tecidualas regulares y capsularas inflamatorias. Entonces la rotura de hilo se opera mas á la reparación del cristalino envuelto en su capsula, que en las cataratas tecidualas unciadas. Por otra parte, es notada la dificultad con que se lleva á cabo la quiebromía, que conviene se haga con extracción de un segmento capsular, en las cataratas capsulares por regresiva de la lesión; siendo así que si viviendo de una pierna fría de infección ó de un gancho, podríase muchas veces sacar el aparato cristalinico completo.

2º En las cataratas leucadas, porque una vez rotos los cascos de unión entre la capsula y la senales, serímos nos separando romper la pielesidad.

3º Accidentalmente, se prescribirá de la quiebromía; cuando en la práctica de cualquier otro procedimiento y en los tiempos de la incisión ó infección haya oca-

6.
pe de visto.

¿ Se hará la extracción sin incisión de la capsula,
á golpe simple, id. combinado ó lineal de De-Joncke?

Sin negar la posibilidad de la extracción en suja su
preia indolemia, pues aparte de que ilustres ope-
radores la han practicado con su operación facil, los
hemos visto practicar muchas veces con sana facili-
dad á nuestro compatriota y eminente oftalmólogo Dr.
Carrera; opinando sin embargo, que no debe admitirse
para extracciones de las cataratas citadas, pues con ser
difícil su ejecución expone á muchos contratiempos:
Si contáramos con la dilatación de la pupila que se
cochae desde el momento que se ha introducido el ca-
tacillo en la cámara anterior; si estuvieran seguros de
que la catarata está operada de adherencias, lo cual es po-
co menos que imposible diagnosticar en la catarata expul-
siva simple y supinando que la capsula no ^{haga} ser frágil
y romperse al menor contacto de los instrumentos; cato-
ra no dudariamos en admitirlo; empero desgraciadamente

no sucede así; de aquí que sea parecida de interés vital no indicar este procedimiento sin previa iridectomía precedida de incisión d'colgajo ó línea periférica.

La incisión d'colgajo con iridectomía será conveniente en las entorataz capsulo-lenticulares de núcleo grande; siempre que no haga piezura contraindicación de los citados con motivo del método clásico: de esta manera la expulsión se realizaría sin dolorosidad que es la causa más abonada para los episodios desgarradores.

Por lo demás, la incisión línea extracapsular continua, estará indicada en los restantes casos no comprendidos en la anterior.

Conclusiones.

I. No habiendo ningún método ó procedimiento, para la extracción de cataratas, segento de inconvenientes q̄ que supone siempre en ventaja á los demás aductos; sería antiacientífico proclamar la supremacía de alguno de ellos, haciendolo aplicable á todos los casos.

II. En el estado actual de la ciencia q̄ aunque en realidad no haya mas q̄ un método general de extracción; la originalidad e importancia del aparato instrumental por una parte q̄ el manual operativo por otra, han influido para que se adopten tres métodos, q̄ por orden de antigüedad son los siguientes:
 Extracción clásica, (método de Daniel i Massan); extracción cono-rectangular, (Fibson); q̄ extracción recto-queratíca de De Graaf. De estos métodos han nacido una multitud de procedimientos, los cuales en su mayoría tienen indicaciones, segun bienes intentado demostrar en la discusión de los principales, q̄ por lo tanto extremos q̄ que también deben admitirse.

III. La equinencia nos evita, que siempre que al extraer una catarata se tengan en cuenta los principios siguientes: 1º, que la abertura practicada, en la cámara anterior, este en proporción con el núcleo que la ha de atravesar; 2º, que no se determine el menor traumatismo, sirviéndose de manijas exteriores, en preferencia al instrumento de tracción; y 3º, que se evite el ablandar estos cortes, cosa inhibitor y proliferadora que lugar con frecuencia o accidentes, panitos: cualquiera que sea el método empleado, en que se atiendan estas condiciones, dará en general buenas resultados.

IV. Los métodos y procedimientos de extracción deben pensarse por la frecuencia de su aplicación, en el orden siguiente:

1º Procedimiento Lubrecht-Royer.

2º Método clásico, Superior.

3º Colaço mediano (Chiralt)

4º Método lineal simple.

5º Método de De-Graefe.

6º. Procedimiento recto-cinal, combinado.

7º. Extracción del cristalino envuelto en su espuma.

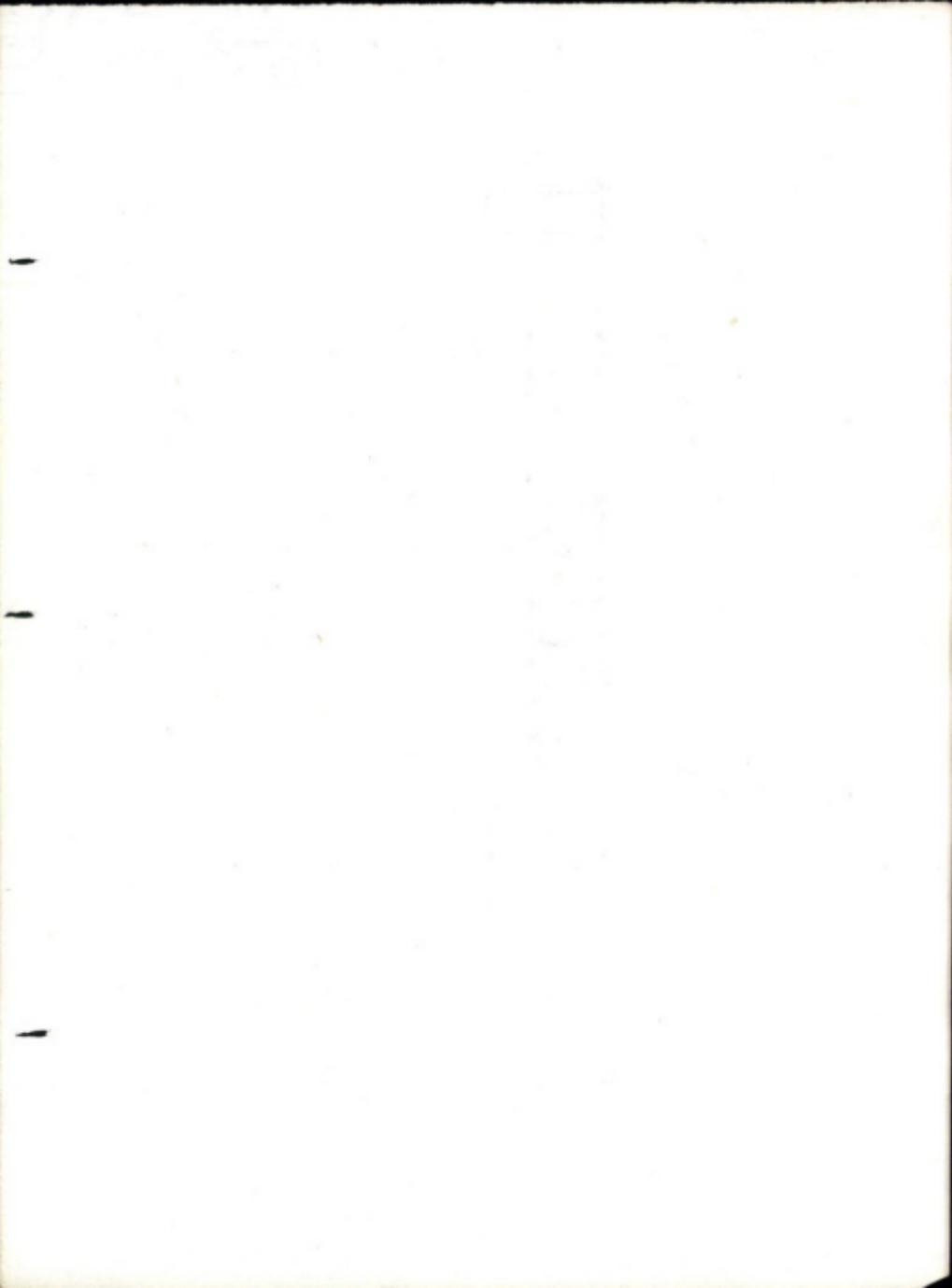
etc. etc.

V. A juzgar por los resultados favorables, claramente, no hubieron de faltar en ellos en su primer lugar, el edajón clásico. Pero en honor a la verdad, debemos declarar que solamente lo hemos visto practicar á operaciones habilitantes, y sabida es la influencia leonina de semipacífica condición en el mismo mitote. Así es que viniendo a mencionar el, pues sin appuerte á grandes accidentes (en la mayoría de casos), es el que mejor realiza el estable ideal de dejar los ojos, lo más cerca posible del equilibrio fisiológico; proponemos el procedimiento Liebreich-Piger, cuyas condiciones de suave e indectoncia, sin tener graves defectos, no parece aplicable á la magnitud de cataratas.

He dicho.

Jaimé Solz Peijado.

Madrid 9º de Marzo de 1879.



67(6)



1960

