

B1-9-A-17

Ce 2528

702

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
23153246



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315394811

618473180

~25461916

Tesis del Doctorado.

presentada por

D.ⁿ Juan Alvarado

Consideraciones generales prácticas acerca
de la operacion de la Catarata.

Curso de 1883.



Exmo Señor



Educado desde la infancia en una de las especialidades quirúrgicas que más progresos han hecho en este siglo, y dedicado posteriormente a su práctica exclusiva, con gran afición y medios teórico-clínicos superiores a mi capacidad intelectual, he creído poder conseguir más acertadamente mi objeto, eligiendo un tema perteneciente a la misma sino de gran novedad y que se preste a conceptos generales, que difícilmente podría dominar, al menos de gran importancia por sus resultados prácticos.

Si por mis comunes facultades y limitados conocimientos, no he logrado en su conclu-

sion, como así es lógico pensar, en la perfección que deseaba, no ha sido ni por falta de trabajarle ni por escasez de elementos para conseguirlo: no habiéndome inclinado á ello la única idea de que mereciera vuestra aprobación, si que considerando también á este ejercicio de despedida escolástica, como muestra de reconocimiento hácia los maestros á quienes debe más nuestra educación científica.

La Oftalmología es la especialidad á que me referiré; ramo de la Cirujía entre el que pueden escogerse diversidad de cuestiones de gran interés e importancia.

Habrera preferido ocuparme de una más moderna ó al menos que se relacionara con la Medicina en general; de la perioftometría, por ejemplo, aplicada al Diagnóstico de las afecciones Cerebro-medulares; hasta he trabajado sobre este punto; pero francamente cada vez me encontraba rodeado de mayores dificultades: mi agudeza visual intelectual era insuficiente para poder caminar ni aun despacio por

entre la densa niebla que oscurecía todavía los problemas físico-patológicos de los órganos centros de la inteligencia y motilidad.

Al mismo tiempo los pocos elementos clínicos y experimentales que acerca de este punto como de otros más ó menos análogos poseo, darían muy poca validez á las conclusiones; por lo cual he juzgado más conveniente tratar de uno que la práctica me ayudara á emitir afirmaciones con mayor seguridad y conocimiento de causa.

Es puestos los razonamientos en que me apoyo para la elección de tema paso á ocuparme de él bajo la fórmula de:

Consideraciones generales prácticas acerca de la Operación de la Catarata.

Extensas y numerosas monografías, múltiples artículos en la prensa y obras, prolongadas

discusiones en academias científicas y Congresos oftalmológicos, han enriquecido asunto de tanto interes. En verdad que todo expone ante la importancia de la función abolida que trata de restablecerse, mediante una operación que es la conquista que con mas justo orgullo puede llamarse la Oftalmología, y emulada por Giraud-Évulon, con el nombre de la piedra mas preciosa y elevado valor.

Pero en medio de tanto material científico se observa con frecuencia, que el amor propio hace defender sus apreciaciones á capa y espada, ó que aferrados en su idea no les deja ver claro las opuestas; resultando asi muchas veces falsedad, ó error en las juicias.

De aqui esa controversia que se nota en la defensa de los múltiples procedimientos inventados, ese aparicionamiento en la Discusion de las mayores ó menores ventajas de cada uno, esas estadísticas ilusorias y esagradas, en fin hasta ese vano orgullo

patrio intolerable en la ciencia que ha amastado á algunos titulando los procedimientos con los nombres Español, Griego, Francés, Belga, etcétera, como si esto los escudara contra el embate objetivo de los contrarios, ó diera mas valor á sus propios argumentos.

Hay que advertir, que el origen de todo ello, se refiere casi esclusivamente á las Dimensiones, forma y sitio de la incision, de lo cual hacen depender en su mayor parte el buen ó desgraciado éxito de la operación, mereciendo relativamente poco interes otros por menores en mi opinion muy dignos de tenerse en cuenta, por cuya razon me ocuparé preferentemente de ellos; haciendo omision de ciertas cuestiones, y de la esposicion de ese ejército de procedimientos que sobre conceptuarlo poco adecuado á la proposicion del tema, molestaria demeraciando vuestra atencion.

Hechas estas advertencias paso á ocuparme del asunto el cual ordenaré di-

vidiéndole en dos partes.

Primera. Complicaciones que hay que tener en cuenta en la operación de la Catarata y condiciones abonadas para su mejor resultado.

Segunda. Preparativos antes de la operación y consideraciones generales acerca de la misma.

Primera parte.

Complicaciones que hay que tener en cuenta en la operación de la Catarata y condiciones abonadas para su mejor resultado.

He aquí una de las partes más interesantes y que por lo tanto debe tenerse muy presente; es sin duda de las que más influyen en el éxito operatorio y la que verdaderamente representa la ciencia del operador; que penetrando en el campo patológico, reconoce su naturaleza, escondida todo lo que rodea al mismo no solo dentro de este mismo ser que nos da idea de la luz sino del organismo entero y hasta fuera de él: poniendo así en relieve todos los obstáculos, dificultades, y

complicaciones, reflejando sobrelararon la imagen fiel del caso, y colocando al ente morbo en disposición de ser atacado resueltamente y sin vacilaciones.

Las complicaciones de la Catarata las divido atendiendo a su situación en extraoculares y oculares. Las extraoculares más se hallan fuera del individuo, cósmicas; otras radican en el mismo, individuales. Las segundas si oculares pueden comprenderse en su conjunto, globulares, ó localizarse en una parte del ojo, antero cristalinianas y pósterocristalinianas

Complicaciones extraoculares.

Primero.

Cósmicas. 2.

Estas se refieren a las que pudiéramos llamar circunfusas y que se relacionan con la periodicidad atmosférica y su naturaleza.

— 1 —

Periodicidad atmosférica.

Hay alguna época del año que ejerza influencia

sobre la operación? Acerca de este punto existe una preocupación especialmente en el vulgo de que no debe practicarse mas que en Primavera y Otoño: preocupación muy justa no hace muchos años en que para evitar las reacciones inflamatorias se hacia aplicación de fomentaciones repercurivas frias, y en que se sometia al paciente á una inmovilidad inquisitorial muy difícil de guardar en la Estacion rigorosa. Hoy mas infundada en los establecimientos y Casas que dispongan de algunos medios, pues la Cama es seca, y menor la exigencia á la quietud que en absoluto no para de las veinticuatro horas primeras.

— 2. —

Naturaleza de la atmósfera.

Las cualidades mepíticas que la acompañan resultan muchas veces á toda investigación, son causas frecuentemente de infecciones, endemias, y epidemias, que han de tenerse muy presentes, y que por lo tanto con el lacrimismo que es

de comprender me ocuparé de ellas especialmente de la primera

Infecciosa. Los notables trabajos hechos acerca de esta importante cuestion por los celebres experimentadores Pasteur y Tyndall, y de los que el cirujano Hugh Lister, á hecho aplicación á la operatoria, han roto la incognita bajo cuya madriguera se amedaban sus engendradores, y descubriendo el horizonte sobre el cual flotan los ácidos vitales ante los ojos de la inteligencia, pudiendo de este modo luchar con ellos mas ventajosamente é inutilizar por lo tanto muchas veces los efectos de su influencia morbífica. Es natural que dirigiendo el aire de retículo á estos elementos perturbadores, debamos preventivamente hacerlo potable, purificarle, para que la herida respire ambiente regenerador y no destructor. Indicación precisa particularmente en los locales cuyas condiciones son abonadas para que germinen; Hospitales, pasadas, casas de pobres. Muchos ejemplos prácticos pudieran corroborarlo. He

presunciando operaciones de Cataratas, en el hospital de Valladolid, verificadas por el ilustrado Catedrático de la asignatura, Doctor Sagarna, con cuya amistad me honro, las cuales á pesar de haberse cumplido diligentemente todas las indicaciones quirúrgicas, el éxito ordinario ha sido sensiblemente desproporcionado. Mi hermano Quinto en el número regular de operaciones que ha practicado en su casa Salud de Palencia, no ha tenido un caso de supuración, en cambio gran parte de las que á hecho en el hospital de la misma localidad, se han complicado con dicho accidente. En mi práctica también he observado, que el resultado, ha sido relativamente más deprimido cuando he operado en distintos hospitales, posadas y casas donde reinan la miseria y suciedad. Hay que considerar también en la infección, no solo el foco de emanación y medio propagador, sino la receptividad ó actitud especial que ciertos sujetos presentan á su mayor influencia, y que el menor traumatismo provoca en ellos

accidentes graves. Los conmemorativos en este caso deben atenderse en los que hayan existido lesiones particularmente oculares; úlceras que-
ráticas, inflamaciones, heridas, etcétera, ó sufrido alguna operación especialmente la de la Catarata en uno de los ojos.

Endémicas. Hay otras influencias cósmicas por desgracia más ignotas, pero que dejan sentir sus efectos maléficos en determinadas épocas, y que he visto exclamar al Oculista Parissien Galzerovski en un Congreso Internacional de Ciencias Médicas (1): existe una influencia epidémica ó endémica que en momentos dados de gracia la usurama más legítima de buen resultado en una supuración. En los dos últimos años prosigue, no he contado en mi práctica más que un 1 á 2% de supuraciones del ojo. Este año sobre 93 casos he observado 5 flemones sobrevinidos sin causa apreciable y después de una operación regular.

(1) Congreso Internacional de Ciencias Médicas, celebrado en Londres, año 1871. Sección Oftalmológica. Primera Sesión.

Artt dice; desde Diciembre hasta Agosto de 1872, he operado todos los casos convenientes por la extraccion segun el metodo de Weber.

Durante cierto tiempo conseguí resultados tan favorables que sentí no haberle ensayado antes, pero entonces se desgracia 5 casos en absoluto, 2 de ellos por flemón; y en 16. pacientes el restablecimiento de la vista no podria alcanzarse sin una segunda operacion. Seria esto mas lógico interpretarlo como Galerowski, o atribuirlo al procedimiento. Opino por lo primero.

Epidemias. Durante la presencia de estas en una localidad (tífica variolosa) ha de suspenderse la ejecucion operatoria, pues conocido es en estas circunstancias que la menor causa puede tomar el carácter epidémico reinante. Parece que se aumentan todos los estados patológicos del cuadro nosológico para reconcentrarse en el propio de la epidemia.

He terminado en lo concerniente a las complicaciones catraoculares, el grupo de las

Comunicas y empiero pues con el
Segundo.

Individuales.

Estas pueden subdividirse en generales y locales; incluyendo entre las primeras aquellas que no localizan su accion a la parte u Organu en que radican, sino que se extienden a otros mas o menos lejano: y en las segundas las que no pasa su influencia generalmente mas alla del punto en que viven.

Tiene esta division la ventaja que diferencia claramente los dos grupos. Las complicaciones pertenecientes a las generales son primitivas, dependientes e inherentes a ellas; mientras que las locales son generalmente secundarias, consecutivas, y no guardan relacion con la complicacion a que dan lugar. Las primeras por lo tanto respecto al ojo seran mas graves, puesto que ejercen una influencia mas directa; y tanto mas como otras, las que sean susceptibles de tal, se modificarian antes de

devidase á operar, por lo cual paso á citar algunas de las más frecuentes.

— Generales. —

Escrofulosis, Sífilis, Albuminuria, Glicosuria, Degeneración ateromatosa de las arterias, Reumatismo, Emblor mercurial y saturnino, Nirotismo, el coolismo etc. y otros estados indefinidos los cuales reaccionando sobre las heridas provocan lesiones de mal carácter. Aun cuando de un modo muy accesorio añádese la constitución y edad. La constitución del enfermo indudablemente puede influir en accidentes de formación, por lo cual se tendrá presente para reconstituir o debilitar fuerzas según las circunstancias; pero no de una manera tan general, exagerada, y rutinaria que induzca como Mucha hace algunas veces á prescribir medios preventivos fuertes (repetidas sangrias, revulsivos, alterantes, purgantes, etc.). Respecto á la edad

Siempre que pase de los cuatro años apenas ha de ser importante, pues en las Cataratas de la infancia, como el procedimiento operatorio indicado es la diresion, no hay para que temer los movimientos; y en las de la ancianidad, hasta casi es favorable pues las flogosis no son tan violentas.

— 2. —
— Locales. —

Las subdivido en encefálicas, torácicas, y abdominales.

Encefálicas. Es conveniente no pasarlas de apercibidas, pues por sí e independiente de la operación se reflejan muy comunmente sobre el nervio óptico y retina produciendo estados patológicos generalmente graves; (neuritis y atrofia papilar, retinitis, ambliopias;) y otras veces en los predispuestos á congestiones cerebrales, puede ocasionarlas hasta la operación, dando lugar hasta la muerte, como se citan casos y yo mismo he observado uno en mi práctica. Debe ser

pues en estas circunstancias, muy precavidos, igualmente, que en las de tumores, reblandecimientos encefálicos, ataxia, y por último enunciaré como de peso las nerviosas, epilepsia e histerismo.

Torácicas. Casi siempre se dirigen á los accidentes á que pueden dar lugar los movimientos bruscos y alguna vez hasta violentos, (tos, espectoracion,) que provocan las lesiones pulmonares y cardiacas.

Abdominales. Improbabilan en muchas ocasiones guardar la inmovilidad conveniente para movimientos gástricos, intestinales, y urinarios; pudiendo agregar á esto el estado de gestación y época crítica durante la cual no es prudente operar.

Revisadas las complicaciones, tanto cósicas como individuales, expondré las del segundo grupo, que en conjunto tienen mayor importancia pues se hallan localizadas en el mismo órgano donde se va á o

brar quirúrgicamente y son las.

— Complicaciones oculares. —

Subdividas en globulares, antero-cristalínicas, y pósterocristalínicas; Subdivisión que corresponde á su diagnóstico, pronóstico, y operación.

Tanto en unas como en otras pueden intervenir todas las afecciones del aparato visual; pero sería fatigoso exponerlas, por lo cual solo lo haré con las que mas comunmente acompañan á la catarata.

— 1. —

— Complicaciones globulares. —

A este grupo pertenecen casi en absoluto las que respecto del pronóstico denominó benignas, pues son complicaciones secundarias, que comunmente no afectan mas que á las dificultades que presentan para poder practicar la operación con mas facilidad y por lo tanto menos exposición.

Tambien hay algunas que acompañan fre-

cuentemente a las cataratas conguitas (estrabismo, nistagmus,) que pudieran hacernos suponer lesiones profundas.

Las complicaciones globulares se relacionan con la Situacion, movimientos, y Sensibilidad.

— Situacion. —

Pronunciada: exposicion al prolapsus del humor vitreo, hernia iridea, y mala coaccion de los labios de la herida.

Resquebrajamiento: mas frecuente en los ojos en que el poco almohadillado adiposo presta poco apoyo, es causa de dificultades operatorias, a veces muy comprometidas por los obstáculos que presenta a sus libres membranas.

— Movimientos. —

Involuntarios: se hallan bajo la accion de ciertos estados anormales (estrabismo, nistagmus.)

Facilmente se comprende las dificultades que han de oponer durante la operacion.

Voluntarios: hay individuos que apesar de presentar sus ojos, una disposicion muy conve-

niente para la operacion, o no les dirigen donde el profesor Deca, o cuando tratan de verificarlo lo hacen al contrario. Tienen a veces hasta consumir la paciencia del operador.

— Sensibilidad —

Exagerada: hay otros individuos tan impresionables a la accion de los instrumentos, que el menor contacto de ellos provoca movimientos rapidos, y contracciones musculares bruscas, sumamente expuestas a interesar partes que uno no desea, y Desprendimiento del humor vitreo.

La mayor parte de las complicaciones globulares indicadas son susceptibles de modificarse mas o menos; bien tomando determinadas precauciones operatorias, educando anticipadamente los movimientos oculares, habituandolos a la accion de los instrumentos, y en ultimo termino produciendo la anestesia.

Respecto del diagnostico de estas cosas

facilmente reconocibles de las oculares, lo cual tambien las diferencia.

— Complicaciones Antero-cristalinianas —

Párpados: entropion, ectropion, triquianis, y distiquianis, blefaritis, cortadas de la abertura palpebral

Vias lagrimales: particularmente las que dan origen a productos mucosos y purulentos.

Conjuntiva: granulaciones, y todas las que producen secreciones morrosas, pterigion.

Córnea: las manchas teniendo en cuenta su antigüedad, situacion, estension, y profundidad, estafilomas, queratocomas.

Iris: sinequias anteriores y posteriores, condensaciones plásticas, miotriasis, miosis.

Todas estas complicaciones ofrecen respecto del diagnostico que son facilmente conosci-
bles, y unicamente pueden pasar desapercibi-
das para los poco prácticos las correspondien-
tes al iris, y entre estas las sinequias pos-

teriores particularmente las llamadas por el inolvidable oftalmólogo D. Jago ecuatoriales, y las condensaciones plásticas pupilares. Las primeras se evidenciarán aplicando cualquiera de los miotriáticos; atropina, daturina, hionciamina, duboisina; prefiriendo este último por ser hasta ahora el que posee mas fuerza dilatadora, y prefiriendo tambien la preparacion en discos por ser mas cómodo, limpio, menos alterable, y sobre todo menos propenso a intoxicaciones. (1) Si practicamos el reconocimiento despues de su accion, bien a la luz natural simplemente, o ayudados de una lente, y mejor aun en la cámara oscura con la iluminacion oblicua, se advertirá que la pupila ni se ha dilatado simplemente ni con regularidad; lo cual se pondrá mas de manifiesto en las condensaciones plásticas, á cuyos caracteres habrá que añadir los propios de la organización fibro-albuminosa, sanguinea, purulenta, y pigmentaria, superpuesta mas ó me-

(1.) Emilio Morado. Estudios comparativos de los efectos tóxicos producidos por los colinos de atropina y duboisina. 1881.

nos adherente a la cristaloides anterior que la modifican en su coloracion y forma. Aun as, estas membranas de nueva formacion, denominada por algunos cataratas falsas o secundarias, son consecutivas a procesos inflamatorios, mas o menos activos y por lo tanto los conmemorativos ayudarian en la formacion del juicio.

Las complicaciones antio-cristalinas con relacion al pronostico facilmente se comprende que aminoran la proporcion de buen resultado operatorio.

Las de lo parpado, son elementos que bastan por si solos sin necesidad de agregar otra causa para dar lugar a inflamaciones violentas.

Las secreciones morbosas bien provengan de estados patológicos conjuntivales, o del saco, especialmente las purulentas, son productos infecciosos que las heridas toleran muy mal.

Las manchas de la Cornea independientemente de la prevencion con que hay que mirarla

para poder ya dar idea de una mala Constitucion de tejido predispuesto a reaccionar al menor estimulo, seran mas o menos graves segun su Situacion; (Centrales,) perifericas;) profundidad, (nefelim, albugo, leucoma,) y extension.

Quedan por ultimo, las sinequias, exadaciones pupilares, y miurias, que son las mas perjudiciales de este grupo, no solo por las dificultades que presentan a la ejecucion de la operacion y que esta aun siendo de buen resultado no produciria tanta agudera sino que suponen alteraciones profundas de las membranas posteriores o cuando menos, del cuerpo ciliar e iris.

En conjunto tienen la ventaja de complicaciones antio-cristalinas que sometiendose a un tratamiento indicado, se aminoran algunas en su gravedad, y otras se desaparecen, por lo cual han de evitarse preventivamente las indicaciones convenientes hasta el maximum y sin precipitacion.

Complicaciones post-cristalinas.

Igualmente que las antero-cristalinas, pueden considerarse como tales todos los estados patológicos que interesan las partes situadas detrás de la lente; y por la raras ya espuestas no me fijaré más que en las que se presentan con mayor frecuencia y fáciles de equivoquearse; como son, las ambliopías y amauroses, desprendimiento retiniano, glaucoma, y Siquinosis. Se diferencian en el anterior grupo, respecto al diagnóstico en que son más difíciles de reconocer y por lo tanto en los casos de catarata completa pueden más fácilmente pasar desapercibidas; respecto del pronóstico en que comúnmente impeditan cumplir la indicación operatoria. En esto conviene tenerlas muy presentes y mayormente a los prácticos, pues de lo contrario puede suceder como ya he tenido ocasión de observar en mi Clínica, ver enfermos á quienes habian operado con el mejor resultado y sin embargo, el restablecimiento de la vision no se consiguió.

Para su diagnóstico será muy útil atender á la etiología, curso, y caracteres, tanto de las complicaciones como de la catarata. Los caracteres de las primeras podemos dividirlos en objetivos y subjetivos.

Caracteres objetivos.

Entre estos tenemos en términos generales, era facies especial que caracteriza en estado de ceguera á los afectados de catarata y estados patológicos profundos. En los primeros su mirada es baja, la cabeza y pecho inclinados hacia adelante, el andar dificultoso y tímido arrastrando los pies y apoyando el cuerpo á cada instante en el piso, como si temieran caerse por algun precipicio. En los segundos amenazando vayan acompañados de cataratas, su mirada es alta, se dirige al cielo como implorando luz á los Astros, el cuerpo derecho, el andar resuelto y sin vacilaciones.

Como caracteres especiales podran obser-

vase algunos de los siguientes.

Afecciones coroidianas: globo ocular; aumentada la tensión (dureza); esclerótica; coloración azulada, vasos varicosos: córnea; inyección periquereática: Cámara anterior; reducida o aumentada: iris; abombado, coloración alterada: pupila; aumentada o disminuida algunas veces, irregulares otras.

Humor vítreo: globo ocular; tensión disminuida (blandura); iris; tembloroso: cristalino; también tembloroso, y alguna vez luxado.

Afecciones retinianas: en estas el síntoma objetivo de que disponemos es, la dilatación pupilar, y la falta de sensibilidad de ella, a las diferencias de intensidad luminosa.

Caracteres subjetivos.

Independiente de los dolores ciliare y fotofobia que pueden presentar las afecciones coroidianas, todos los fenómenos se refieren al grado de sensibilidad retiniana el cual se com-

prueba por el procedimiento de Graefe (exploración con la bugia) y el de Sued'Vies o exploración forfénica.

El primero se verifica en la cámara oscura con una bugia encendida, la cual se aproxima o aleja desde uno hasta cinco o seis metros; siempre que en todo este campo no se reconozca la posición de la llama y su aproximación o alejamiento de sospechará complicación por parte de las membranas profundas.

El segundo, está basado en la impresión luminosa (cuchillas, relámpagos etc.), que provoca en la membrana de los conos, la percusión sobre el ojo con el extremo en forma de bolita esférica de una especie de lapicero delgado. Si al percudir con la bolita de gesso y suavemente no se percibe tal sensación en los cuartos quintos posteriores del hemisferio ocular, o en alguna de sus partes, se comprobación padecimientos que han causado la insensibilidad retiniana general o parcial, y consecutivo a glaucomas, ambliopías, atropía papilar. Procedimiento retiniano,

etéctora.

Conocidas las complicaciones que imposibilitan ó comprometen el buen éxito de la operación exponerse al cuadro de las condiciones que deben tenerse presentes antes de decidirse á practicarla.

Condiciones preferibles de la Catarata para su Operación.

Seguiré en su exposición la misma marcha que en las complicaciones; dividiéndolas en extraoculares, y oculares, haciendo de estas las restantes subdivisiones.

Complicaciones extraoculares.

Primero.

Cósmicas.

Periodicidad atmosférica: amenando las estaciones no ejercen gran influencia sobre la operación, pues las estímulos rigurosos pueden modificarse con los distintos medios de calefacción y frigorífico; Así embargo, y especialmente cuando se trata de personas poco prudentes, se preferirán

las medias.

Naturaleza de la atmósfera: apreciada en la parte correspondiente á las complicaciones, la influencia decrita que ejerce en toda herida, debe tenerse muy presente procurando que la habitación donde se ejecute la operación y donde el enfermo tenga buena ventilación, sea limpia, esté retirada de focos que puedan suponerse infecciosos, y para mayor seguridad desinfectarla previamente. Por último se tendrá cuidado abstenerse de operar en los periodos endémicos y epidémicos.

Segundo.

Individuales.

Buena constitución y esenta de las complicaciones generales y locales ya espuestas.

Condiciones oculares.

1.

Globulares.

Situación: ojo, ni demasiado húmedo ni demasiado seco.

Volumen: no muy grande ni pequeño.

Tension: á la presión debe oponer cierta resistencia pero no durera.

Coloración: uniformemente la normal.

Movimientos: fisiológicos en todas direcciones.

2.

Antero-cristalinianas.

Córnea: completamente diáfana, curvaturas regulares sin prominencias ni depresiones.

Ojo: plano, fijo, color normal, pupila regular, y francamente impresionable á los estímulos luminicos y efectos mótiros y mióclínicos.

3.

Post-cristalinianas.

En estas los caracteres objetivos excepto las variaciones pupilares no pueden apreciarse por impedirlo la opacidad del cristalino, en cambio hay otros que son los subjetivos muy importantes, y que á continuación se dan.

Falta completa de toda clase de dolores, aun en el periodo de formación de la catarata,

Sensibilidad retiniana á las impresiones luminicas y fosfóricas. El enfermo distinguirá claramente el dia de la noche, la sombra de los objetos que pasan por delante á una muy larga distancia, apreciacion aunque con gran dificultad en ciertos casos de cataratas de los colores mas vivos, marcar la direccion en la cámara oscura de una vela encendida hasta la distancia de cinco ó seis metros, y percibir los fosfenos en el órbita correspondiente.

Insistir á esto los conmemorativos que en ocasiones son de grande importancia.

4.

Cristalinianas.

He propuesto á estas en atención á que nunca tratarse mas debidamente por relacionarse con la parte que constituye el padecimiento, y sobre la que especialmente han de dirigirse las manobras quirúrgicas. Con este objeto propongo diferenciar la naturaleza anatomica y física

de las distintas clases, de cataratas, y tocar a la ligera pues lo juzgo secundario algunas cuestiones que se relacionan con el periodo de las mismas. Omito a las llamadas secundarias, que no son mas que productos inflamatorios informes, situados en la pupila, y facilmente distinguibles por los caracteres y medios expuestos en la seccion correspondiente a las complicaciones antero-cristalinianas.

Naturalera anatomica.

Considerada anatomicamente la Catarata me fija en la parte del aparato cristalini- no que se halla opaca, y esta puede ser la capsula, lente, o ambas a la vez.

Cataratas Capsulares.

A pesar de los innumerables trabajos que pro- voco la comunicacion presentada en la Aca- demia de Ciencias de Paris, a mediados de este siglo por la respectable autoridad del Dr. Malgaigne, en la que negaba su existencia con esta poetica frase; exami-

nad una capsula cristalina de la Catarata que querais, lavarla con precaucion y la encon- traris siempre tan transparente como Dios la a hecho: y operar tambien de los que posterior- mente han aparecido, aun se halla por resol- ver cientificamente la cuestion de su existen- cia. No asi bajo el punto de vista quirur- gico que hace admitir opacidades cristaloi- dianas diferenciadas, de las exudaciones pu- pilares mas facil practica que descriptiva- mente, como obstaculos al libre paso de la luz que es preciso hacer desaparecer, bien se ha llen formando parte del mismo tejido, o adhe- ridas mas o menos intimamente a su superfi- cie constituyendo pseudo-membranas albumi- no-fibrinosas, o depositos calcareos.

Estas opacidades pueden radicarse en la cristaloides anterior y posterior, e ir acom- pañadas algunas veces de otras de la misma lente por lo cual se las divide en capsulares

anteriores, posteriores, y capsulo-lenticulares.

Caracterizar cada una de por sí, igualmente que sus variedades, sería estenderme demasiado; mas como su pronóstico es mas grave que el de las lenticulares, las diferenciaré de ellas por la siguiente clasificación del Dr Demarees.

Caractères diferenciales de las Cataratas lenticulares y capsulares completas.

Cataratas capsulares.	Cataratas lenticulares.
Opacidad: se estende en una parte de la superficie del aparato cristaliniano, y es casi siempre precedida de una inflamacion.	Opacidad: se estende del centro del cristalino a su superficie, ó en sentido inverso, sin que ninguna inflamacion la preceda.
Mancha: siempre de un blanco cristalino, forma placas, gotas reunidas, sin orden y presentan asperezas que sobresalen en la superficie de	Mancha: gris, verde, negra, blanca, ó ambarina, provisorias siempre de estrias que convergen todas hacia el centro de la lente, y perfectamente

la membrana.

No tienen estrias regulares

La capsula permanece estacionaria y limitada á menos que la inflamacion persista.

Volumen, pequeño, forma aplastada

Iris, raramente morible, a menudo adherente ó inclinado hacia atras

Sombra, proyectada nula si hay adherencias, caage-rada sino las hay

Vision, abolida completamente ó mejorandose en un dia

lisa en su superficie. En la catarata liquida las estrias son transversales cuando se deja al ojo en reposo.

La catarata lenticular invade de poco á poco todo el cristalino

Volumen, siempre muy grande ó pequeño, forma convexa

Iris, mobil ó inmovil, sin adherencias, saliente algunas veces hacia adelante ó agitado excepcionalmente de oscilaciones (catarata liquida)

Sombra, proyectada larga ó nula

Vision Idem

moderado. Su curación de día
algunas veces obtura lomas
amenudo distinta

Idem.

Cataratas lenticulares.

Como el nombre indica en esta clase de ca-
taratas, la opacidad tiene asiento en la misma
lente. Son las más frecuentes, benignas, y
que se prestan mejor a la operación. Igual y mayores mo-
tivos que en las anteriores me hace desistir
el darlas á conocer en sus numerosas, varie-
dades; pero si lo haré en lo que se relaciona
con su consistencia dato primordial en el que
debe apoyarse por lo menos las dimensiones
de la herida

Caracteres diferenciales de las Cataratas lenticulares. duras
blandas y líquidas

Clasificación del Dr Desmarres.

Duras.

Blandas.

Líquidas.

Opacidad, avanza de la parte central del iris al talmo a la superficie.	Opacidad, avanza de la superficie al centro. Es tiras blancas ó amba-	Opacidad, avanza de la superficie al cen- tro, superponiéndose
---	---	--

Mancha gris, verde ó negra, excepcionalmente Circunferencia del iris talmo conservando siempre un poco de transparencia.	simas reuniendo- se amenudo al medio de la lente, repartiéndose en su superficie en un gran número de	por capas duran- te el reposo del o- jo y dejando ver algunas veces el nucleo móvil del cristalino. Man- cha uniforme le- chosa, gris ama- niforme, blanca arabada, ó de apa- rancia caseosa.
---	--	---

Circunferencia sim- pre opaca.	Circunferencia sim- pre opaca.	Cir- cunferencia sim- pre opaca.
-----------------------------------	-----------------------------------	--

Volumen: muy peque-
ño.

Volumen: muy gran-
de.

Volumen: muy gran-
de.

Iris: muy móvil, ra-
ras veces abomba-
do

Iris: poco ó nada
móvil, abomba-
do fuertemente ha-
cia adelante.

Iris: poco ó nada
móvil presentau-
do algunas veces
oscilaciones de se-
lante atrás.

Sombra: proyectada

Sombra: proyectada

Sombra: proyectada

larga.	mula.	mula.
Cámara posterior: muy grande. Círculo uveo poco ó nada visible. Cámara anterior normal.	Cámara posterior: disminuida. Círculo uveo muy grande y aparente. Cámara anterior disminuida.	Cámara posterior: Idem.
Vision: mejorada á una luz moderada, casi nunca abolida.	Vision: sensacion de la luz muy aumentada difusa.	Vision: Siempre abolida. Sensacion obtusa de la luz.
Marcha: muy lenta é igual.	Marcha: lenta, de signal ordinaria mente, algunas veces muy rápida.	Marcha: lenta é igual, rápidamente solamente cuando la disolucion es atamada.

Diferenciadas anatómica y físicamente en lo que se refiere á su consistencia, las diferentes clases de cataratas, queda por último tener presente ciertas cuestiones que se relacionan con el periodo de las mismas; y por te-

necientes principalmente á la madurez, y accesoriamente á si deben operarse ambos ojos á la vez, cuando las cataratas son dobles y operar uno cuando el compañero está sano ó empieza á opacificarse.

Madurez: en términos generales no debe operarse hasta que haya madurado, es decir, que reúna todas las condiciones ya enunciadas. Haciéndolo antes la expulsion no se verifica tan facilmente, pues las fibras cristalinas glutinosas, antes de opacificarse lo dificultan, y á mas despues de la extraccion pueden quedar pequeñas porciones adheridas á la capsula que por su transparenencia pasarían desapercibidas, y que opacificándose despues disminuirían la vision, ó podrian ser origen esponjandose y asimilandose ciertos productos, de nuevas organizaciones que la imposibilitarían completamente.

¿ Deben operarse ambos ojos á la vez, ó uno cuando el compañero está sano ó empieza

á operarse el cristalino. Estas cuestiones de las cuales se ocupan casi todos los autores las creo muy secundarias, puesto que teniendo en cuenta todas las condiciones expuestas no afectan en nada á la esencia de la cosa. Las ventajas para obrar de uno u otro modo son relativas, dependen mas bien del enfermo y nadie mejor que él podrá apreciar la necesidad de no esperar hasta quedarse ciego cuando una esté en disposición de operarse, la confianza en el operador, y la conveniencia que en muchos sentidos pueda ofrecerse á cada paciente.

Reconocidas las complicaciones cósmicas, individuales, y venlares que rodean á la operacion de la catarata, igualmente que las condiciones preferibles para su extraccion paso á ocuparme de la

Segunda parte.

Preparativos antes de la operacion y consideraciones generales acerca de la misma.

Preparativos antes de la Operacion.

Los preparativos operatorios divídolos en tres grupos perfectamente separables y diferenciables, pues están relacionados con el local, el enfermo, y el profesor.

Local.

La habitacion será desahogada, limpia, bien ventilada, alejada de focos de infeccion, de temperatura agradable, particularmente en invierno, y muy clara; balcon grande, que reciba la luz directa, y sin entorpecimientos que produzcan sombras ó reflejos sobre el ojo. En ella no debe haber mas personas que las precisas para la operacion, y alguna de las interesadas por el paciente.

La alcoba estará próxima al cuarto de la operacion y escpcion hecha de lo referente á la luz remitiá

las mismas condiciones. La cama será buena con los colchones almohadas y ropas convenientes para la mejor comodidad del paciente; y todo lo que entre en ella se hallará en el estado de limpieza mayor posible.

Moviliario: una mesa lo suficientemente grande para colocar desahogadamente las medicinas, instrumental y apósito; y los muebles necesarios para la operación. Con este objeto se han hecho construir una infinidad de ellos mas o menos ingeniosos y portátiles; (cama sillón de Mecher, sofá de Santos Fernandez, cojín de Galezowski etc.) que usan indistintamente los operadores segun la costumbre de cada cual que opino por respetar, excepto las camas por embarrarar demasiado y no dejar la acción libre.

Enfermo.

Estará aseado, la ropa será limpia, de abrigo, colocada en disposición que sea fácil. Ojalá y prontísimo se quite, y que no se oprima par-

tiularmente el cuello. Si es mujer se soltará el pelo quedando libre de horquillas, pendientes, etcétera, que pueden molestarla en la posición fija que ha de guardar después en la cama.

Debe haberse purgado el día anterior, y tomado dos horas antes de la operación un alimento ligero.

Se habrá procurado convencerle de que ésta no es de accidentes graves, ni dolorosa, y de los cuidados que ha de observar después de ella. Estará ejercitado en los movimientos oculares, y acostumbrado al contacto de los instrumentos, especialmente en aquellos enfermos que se torna indocilidad o sean impresionables.

Profesor.

Todo lo que corresponde exclusivamente a este lo tendrá convenientemente dispuesto; como es lo referente a los ayudantes, instrumental, medicinas, y apósito.

Ayudantes: es preciso se hallen al corriente de todo lo que les pertenece y sean lo

suficientemente hábiles y prácticos; de lo contrario mas vale prescindir de ellos, ó no encomendarles mas que lo puramente preciso y menos peligrosos.

Instrumental: los instrumentos estan en relacion con los distintos tiempos de la operacion; pudiendo dividirse en instrumentos de fijacion, seccion queriatica, discision capsular, iridectomia, y de traccion.

Instrumentos de fijacion: elevadores, elefarestatos de resorte y tornillo graduador lento, pica de Parnard, oftalmostato de Luer, pinta de dientes de raton sin resorte de Graefe.

Seccion queriatica: cuchillos lanceolares planos y acodados para el presamiento lineal simple, triangulares de Beer ó Richter, rectos de Graefe, e intermedio de Wecker. Y para agrandar la incision cuando esta se ha hecho pequeña, cuchillos y

tijeras de punta roma.

Discision capsular: quislotomos de formas variadas, simples ó mas ó menos mecánicos; creyendo preferible el de la forma de Graefe y metal maleable de Luer.

Iridectomia: pincas rectas y curvas de diente raton, tijeras finas sobre todo el último modelo de Wecker.

De traccion: cucharilla de Daviel, de cancha de Graefe y pincas capsulares del mismo. He citado puramente los instrumentos con los que puede practicarse la operacion en sus procedimientos generales, omitiendo un número de ellos sencillos y mas ó menos mecánicos ó automáticos. Advertiré que todos deben conservar el pulimento de fabrica, y tener la punta y corte lo mas fino posible, por lo cual se probarán siempre previamente con el tambor.

Medicinas.

Midriaticos y mioticos: disoluciones ó discos de atropina, subosina, pilocarpina, eserina etcetera, segun la practica de cada profesor.

Desinfectantes: los medios de desinfeccion tienen aplicacion con el local, todo lo que se halla y ponga en contacto con el enfermo, y el campo operatorio. El local se desinfectará previamente, indicacion tanto mas precisa cuanto que la delicadeza del organo no admite la atmosfera fénica durante la operacion. El cuerpo del enfermo estará limpio igualmente que las ropas. Todo lo que se ponga en contacto con la region operable, (instrumentos, esponjas, compresas, manos, etcetera) se lavará para lo cual se ha aconsejado el acido fénico, borico salicilico, quina, benzoato de sosa etcetera. Las mismas precauciones se tomarán con el campo ope-

ratorio particularmente en los casos que haya secreciones mucosas y purulentas bien provengan de los párpados, conjuntiva, y saco lagrimal.

La índole especial de este trabajo me impide entrar en mas detalles acerca de esta importante cuestion que puede consultarse en las obras generales y folletos de Cirujia anti-séptica, y en los trabajos especiales publicados por el Excmo y Loper Ocano en la *Cronica Oftalmologica*, Wecker en su *Terapeutica y Cirujia ocular*, y discusion del metodo anti-septico aplicado al mismo organo en la *Seccion Oftalmologica del Congreso Internacional de Ciencias Medicas* celebrando en Londres el año 1885. (1) etcetera.

Anestésicos: se ha discutido bastante acerca de la conveniencia de producir la

(1) *Annales d'Oculistique*. Año 1885. - Tomo 86. página 56.

anestesia para practicar la operacion y sobre cual de los anestésicos es preferible (cloroformo, éter, protoxido de azoe, cloral, etcétera.) de estos dos últimos han escrito detalladas monografías los conocidos Oculistas de Córdoba y Badajoz Rodolfo del Castillo y Olivera. Los especialistas Ingleses y Norte-Americanos, son mas partidarios de su aplicacion, que la mayoría de los prácticos, rehusan por los accidentes generales y locales a que suelen dar lugar, y porque tambien los rechaza la condicion de la operacion poco dolorosa y que resisten bien la generalidad de los sujetos. Soy partidario de esta última opinion y unicamente creo aceptable hacer uso de ellos en los casos que la índole del enfermo o exagerada excitabilidad del organo comprometen por los movimientos o esfuerzos del mismo el éxito operatorio.

Aposito.

Diversidad de vendajes se han inventado, pero hoy el mas general es el siguiente con algunas modificaciones que intercalaré. Para evitar los movimientos palpebrales se hace uso del colodion y sobre todo de las tiras de tafetan ingles colocadas esvialmente y de modo que dejen en los angulos la abertura suficiente para que con facilidad salgan las secreciones. Despues se coloca una compresa oral de hilo fino, sencilla o doble, seca o humedecida en disoluciones de morfina: algunos en vez de la compresa sencilla o doble ponen una serie de ellas hasta formar una capa: otros se valen de compresas de linó sin engomar feniadas, boratadas etcétera, previamente humedecidas en disoluciones de la misma naturaleza: por último, otros aplican la compresa de linó boratado tambien previamente humedecida en una disolucion boricá. Estos dos últimos

medias son las que me parecen preferibles pues á mi juicio reúnen todas las condiciones que pudieran desearse: con ellas no es necesario el colodion y tafetan, pues al secarse la compresa de lint ó compresas de lint se adhieren tan intimamente que cuesta trabajo separarlas; su composicion y porosidad es tambien una especie de purificador y absorbente de las secreciones. Colocadas en cualquiera de esta clase de compresas se pone encima una bola de algodón enrama limpio, almecado y sabido ó fencado, de modo que recubra bien la cuenca ocular.

Todo ello se cubre con una compresa y se sujeta lo mas fuertemente con algunas vueltas circulares de una venda estrecha, de modo que produzcan una presion suave y uniforme.

Cuando los preparativos necesarios para la operacion para á describir el procedimiento que soy partidario.

Operacion.

Leitado el enfermo en una silla resistent-

te, de respaldo corto, y algo mas baja que las ordinarias; situado frente á la luz ó un poco de costado de modo que no produzca sombras y reflejos sobre el ojo; apoyado su cuello y cabeza sobre una almohada sujeta por el pecho del ayudante ó cualquiera otra persona; y extendidas las piernas por debajo un banquillo sin travesaño algo mas alto que la silla en el cual me siento, procedo del siguiente modo. Cuando no tengo ayudante de confianza que es lo comun, separo los párpados con el blefarostato angular interno de tornillo graduado lento, y fijo el ojo con el oftalmotato de Luer ó pica de Parnard, la cual coloco en la parte media de la cornea y un poco por fuera de su borde interno. Conseguida la fijacion, tomo el cuchillo triangular próximamente como una pluma de escribir, y apoyando los dos últimos dedos en la mequilla del paciente, empiezo la amision dirigiendo el instrumento de modo que forme con el plano del iris un

ángulo de unos treinta grados, pues de otro modo es fácil que marche interlaminármense. Hecha la puncion dirijo el queratotómo completamente paralelo al iris y de una manera pausada, continua, y estudiada, hasta hacer la contra-puncion en el sitio opuesto y en relacion con el de la puncion. Despues de la contra-puncion y una vez que la hoja ha penetrado un poco, suavizo todo, lo medio de presion, terminando la seccion de modo que comprenda un tercio ó algo mas de cornea y en su mismo borde ó gran círculo, Practicada la incision hago la capsulotomia sirviendome del queratotómo de Graefe flexible, (modelo Luer) el cual introduzco despues hasta tróperar con la cristaloides anterior que dugano ancha, circularmente, y en la parte mas periferica posible. Realizados estos dos primeros tiempos de la operacion quito los instrumentos de separacion y fijacion, limpio ligeramente la parte, la cu-

bro con una compresa, y doy un pequeño Descanso al enfermo. Repuesto este un poco, continuo entrecabriendo los párpados hasta descubrir bien el ojo, y comprimiendo suave, alternativa y gradualmente sobre el mismo hasta que el cristalino, masas corticales, y tueros capsulares o prios si los hay, salgan franca y facilmente. Si ariño sucediera por encajarse obstinadamente entre el iris la catarata, por ser esta demasiado voluminosa con relacion a la herida, ó por tener adherencias, hago la iridectomia, practica que creo preferible a las presiones forzadas, y medios de traccion, que son recursos muy expuestos y a lo cuales no recorro mas que en último termino. Concluida la operacion y una vez convencido que han salido todas las masas cristaloides, que la cámara anterior se halla completamente limpia, y que en los bordes de la herida no hay interpuesto ningun cuerpo extraño, pongo con intervalo de seis á siete minutos

uno de otro dos discos oftálmicos concen-
trados de Sulfato de zinc. Vuelvo á re-
conocer el ojo y si noto una buena coop-
tacion, la pupila central y regular, y el
iris sin tendencia á formar hernia, apli-
co el vendaje: en caso contrario procuro
tambien á la iridectomia.

Entrar en la descripcion de los demas pro-
cedimientos, ni aun de los mas generalmente
admitidos, seria fijamente demasiado mo-
lesto, por lo cual sustituyo su explicacion,
con las dos láminas fotografiadas que
representan los principales, mucho mas
claramente que pudiera hacerlo con la plu-
ma.

Por ellas observamos divididos á
los operadores en dos grandes grupos: u-
nos que opinan por la incision á col-
gajo mas ó menos curvilinea; y otros
por la lineal asi llamada, aunque
en una region esférica no pueden darse

cortes matemáticamente lineales.

Entre los primeros, hay defensores
de practicar la seccion en la esclerótica
(colgajo esclerótico); otros en los mismos
límites de la cornea (colgajo periqueeráti-
co); y por último otros dentro de ella (col-
gajo querático,) mas ó menos céntrico.

Entre los segundos ó lineales, hay
tambien quien aboga por la incision escle-
rotical (lineal esclerótica); y por la quera-
tica mas ó menos central (lineal quera-
tica.)

No solo separa á los operadores la
cuestion de sitio, forma, y Dimension de la
herida sino otras que vienen á aumentar la
variedad de procedimientos y cuyas principa-
les diferencias marcaré.

Hay partidarios de las operaciones
llamadas simples y combinadas, es de-
cir; unos que respetan el iris, y otros que
acompañan á su proceder la excision del

mismo, bien sea preventiva o simultáneamente: observándose regla general que mientras los partidarios del colgajo no opinan por la iridectomia los de las incisiones lineales la practican casi siempre.

Algunos especialistas particularmente Ingleses han apoyado el metodo llamado por avulsion, o sea de extraccion de la lente por medio de cucharillas especiales y á traves de una incision pequena.

Otros han defendido sacar el aparato cristalino en masa, o sea la lente envuelta en su capsula y valiéndose tambien de cucharillas de formas determinadas.

Por último y aun cuando no modifica el procedimiento señalaré las ventajas e inconvenientes de las incisiones superiores e inferiores. Las primeras indudablemente son preferibles; al defecto físico y óptico cuando se practica la iridectomia

es menos sensible; la buena coaptacion de la herida y defensa de la misma es mejor pues se halla cubierta y sujeta á una suave presion por el párpado superior; y ultimamente la accion morvifica de las secreciones bien provengan de la solucion de continuidad o de los puntos inmediatos, no es tan directa, pues tendien siempre á depositarse en la parte inferior e interna. Todas estas ventajas de las incisiones superiores se cambian en inconvenientes para las inferiores; primero por la disposicion del borde palpebral inferior con relacion á la herida, y segundo por el contacto inmediato sobre la misma de las secreciones. Sin embargo se operará por ellas en todos aquellos casos que no haya completa seguridad en el operador, ayudantes, ó enfermo, pues las maniobras quirurgicas son mucho mas fáciles igualmente que la salida de la catarata.

He aquí con el mayor laconismo que me ha sido posible establecidas las diferencias fundamentales que separan á los principales procedimientos, todos los cuales han tenido su época mas ó menos larga, y sus partidarios mas ó menos numerosos y entusiastas: partidarios que dominados en su mayor parte por la idea han exagerado las ventajas de este procedimiento. é inconvenientes de los restantes; apoyándose en estadísticas exageradas é ilusorias, y encerrándose casi siempre dentro del estrecho círculo de la herida; como si esta en si, fuera la única causa de los accidentes consecutivos á la operación, y como si sobre ella no intervinieran otros elementos que son frecuentemente los que mas contribuyen al éxito desgraciado.

Expondré pues los accidentes especiales á cada procedimiento y los generales á todos ellos.

Accidentes especiales á cada procedimiento.

Ha existido en estos últimos tiempos una ti-

midor grande á las dimensiones y curvatura de la herida procurando reducirla mas de lo conveniente, y darle la linealidad mas aproximada. Habrían estudiado una incision puramente imaginaria y que creían de las mejores condiciones para su buena coaptacion pero que les obligaba despues á maltratarla y contundirla. Observemos lo que sucede, y empezemos con la lineal-esclerótica, que merced á la respetable autoridad del autor el immortal Graefe se impuso casi en absoluto, y dominó durante algunos años, elogiándose con gran entusiasmo en la primera reunion anual de Heidelberg, y en el Congreso Internacional Oftalmológico celebrado en Paris el año 1867. Pero muere este gran clinico, empiezan á notarse los resultados de su procedimiento, y desde el mismo momento se inician modificaciones por unos, y diversiones de otros, afiliándose á proceder distintos.

No podia menos esta clase de incision se practica en la vecindad de una region eminentemente vascular, donde se encuentra el gran circulo ciliar y canal de Schlemm, plebeas venoso el cual se hiere comunmente.

Se practica al mismo tiempo en un sitio donde el prolapsus inevitable del iris, y la dificultad espulsiva de la lente por la forma de la herida, hace inevitable la escision de dicha membrana vascular-muscular, que desempeña funciones importantes siguientes: corregir la aberracion de esféricidad, graduar la accion fotometrica, y disminuir la extension de los circulos de difusion irregulares contribuyendo a la claridad de la vision excéntrica. Por ultimo la misma dificultad espulsiva de la lente hace intervenir con frecuencia el uso de instrumentos de traccion, uso muy comun en toda clase de incision lineal.

por esta forma no se presta a que se entrecran los labios de la herida y salga la catarata facilmente. En vano han tratado de defender esa mutilacion iridica encubriendola con la teoria antiflogistica; el mismo Graefe dice en carta dirigida a Wether: la seccion periferica era la consecuencia forrada del postulado geometrico, la iridectomia la condicion sine qua non, en parte por la contusion inevitable del iris, en parte tambien porque la curacion indicaba un prolapsus del mismo punto mas forrosamente cuanto que la herida ocupaba un lugar mas periferico. Dice muy oportunamente Wether con la iridectomia se trataba de la limpieza de la herida y su buena coaptacion, a lo que podia añadirse y menos dificultad a la salida de la catarata.

Concretando el procedimiento de Graefe por la forma de la seccion y su situacion,

lo mismo que todos los escleróticos, son esencialmente traumáticos y exponen a la hemorragia, desprendimiento del humor vítreo, salida laboriosa de la catarata, encasamiento de restos de la misma, cicatrización cistoidea que el mismo Graefe en su segunda memoria complementaria dice haber observado, encajamientos de los extremos de la sección iridea (63 p^o de casos segun Otto Becker de Heidelberg) irido-ciclitis, y finalmente la oftalmia simpática segun Warlamont, Crichton Hansen etcétera.

Todas estas complicaciones aumentan en los que escatimando la dimension de la incision la martinizan despues valiendose como regla general (método por avulsion) de instrumentos de traccion, verdaderos forceps del ojo que la delicadeza de este organo rechaza.

Los procedimientos lineales queráticos adolecen aproximadamente de los mismos defectos

aunque algunos son distintos en los correspondientes a la situacion de la herida. La expulsion del cristalino es mas difícil pues tiene que experimentar un movimiento basalar de casi un cuarto de rotacion para ponerse su borde en relacion con los de la incision.

De aqui que se haga tambien inevitable la iridectomia, presiones, contusiones etcétera. Los engastamientos iridianos son muy frecuentes, y por último parece como que se resiste tener que romper en cristal llamado córnea mas o menos empíricamente, lo cual suele dar lugar al astigmatismo y la diplopia como he tenido ocasion de apreciar en una mujer a quien he operado últimamente por este procedimiento.

Los arrijos queráticos mas o menos céntricos presentan menos inconvenientes que los anteriores procederes; por lo regular no

es necesaria la escision del iris, hay mayor facilidad en la salida de la catarata y por lo tanto menos traumatismo; sin embargo, los engastamientos iridiales son frecuentes, y la diplopia y astigmatismo suelen presentarse igual que en los anteriores procedimientos queráticos más ó menos céntricos.

¿Qué procedimiento pues es el preferible? Indudablemente aquel en que la expulsión del cristalino sea más fácil, espontánea, menos traumática, y que la situación de la incision origine menos accidentes; reune dichas dos condiciones la extracción ó colgajo periférico simple; adaptando la extensión de la herida á las dimensiones y consistencia de la catarata, procurando pecar más bien por exceso que por defecto.

Parece que la Disposición anatómica de ese cristal llamado córnea nos

señala en su gran círculo la línea porque debe atravesar el cuchillo; parece que esa misma disposición anatómica de la sección en relación con la lente, es la más conveniente para su deslramiento, sin que tenga que experimentar cambio en su posición; la forma del colgajo por último y más esencial es la que mejor se presta á que se entreabran sus labios y salga la catarata de una manera franca, espontánea, completa, sin tracciones, violencias, ni menores traumatismos que ya hemos visto los accidentes á que dan lugar.

Si se pasando fundada y afortunadamente aquella época en que casi todas las complicaciones se atribuían á la extensión y forma del colgajo: la observación racional, ha ido desechando la causa de las mismas poniendo en claro que la mayor parte de los casos desgraciados obedecen á otros elementos

que perturban el curso normal de la lesión quirúrgica los cuales paso a exponer bajo el nombre de
Accidentes generales a todos los procedimientos.

Los accidentes generales pueden tener su origen en la herida, región irido-ciliar, y capsular.

Accidentes de la herida.

Primero: la cicatrización lenta y por segunda intención, debido a la pereza de actividad nutritiva del tejido, y a la interposición entre los labios de la herida del iris, sangre, humor vítreo, y trocos cristalíneos y capsulares. Estos accidentes como ya he manifestado son más comunes en todos aquellos casos en que la dimensión, forma, y situación de la incisión no permite una salida franca a la catarata, pero que también pueden presentarse en los demás procedi-

mientos.

Segundo; la supuración: he aquí el caballo de batalla, la complicación justamentemente temible, y la que más atemoriza al operador. Verdaderamente sus consecuencias son la mayor parte de veces fatales, dolorosas, de marcha progresiva y derrogativa, hasta producir la muerte del órgano, y presentarse ese cuadro negro llamado panofthalmitis o flemón del ojo, que tratándolo de destruir es el que más ha influido en las modificaciones operatorias inventadas, sin que ninguno lo haya conseguido. No, la herida en sí, no es la causa, estoy firmemente persuadido de ello. Véase las operaciones que se practican sobre la córnea, y casi ninguna da lugar al flemón: pero demos un paso más, dejemos las heridas limpias que hace el arte y vamos a los traumatismos.

mos y irregulares. producidos por frag-
mentos de hierro, acero, piedra, etcétera,
y notamos que rarísimos llegan sus efectos
a la destrucción del globo ocular por supura-
ción. Marchemos aún más adelante
y detengámonos en esos procesos patoló-
gicos con solución de continuidad pu-
rulentos, (abscesos, úlcera infectante ^{ca}
etcétera,) y sobre vencerse con distintos tra-
tamientos mucho más fácil y frecuente-
mente, podrían llegar en algunos casos
hasta la fusión de la córnea y pérdida
de la cámara anterior, pero excepcional-
mente pasan de ahí. En fin pongámo-
nos al ultimatum de esta enfermedad
aguda, corrosiva, llamada conjuntivi-
tis purulenta que reblandece, perfora,
destruye la córnea, y aplasta la cámara
anterior, pero todavía no he observado

llegue a ocasionar el flemon sin que esto me
haya negar pueda suceder en algún caso.

No, repito, la herida en sí no es la cau-
sa: lo grave son las contusiones que cuanto
más profundas son más funestas, lo gra-
ve es que se dejan libres y en comunicación los
elementos esternos con la fosa hialoidea, q.
quida un hueco, permitiéndose la frasa, en caso
no al que no está acostumbrado el ojo, en fin, que
el cristalino es una placa de separación resistente
que independiente de sus funciones propias es
indudablemente un gran defensor de las mem-
branas profundas oculares contra los proce-
sos morbosos de las estornas.

Reconocidas las causas de la complicación
más grave que suele producir la supuración,
analizáre las que originan esta en su primer
periodo.

Stromeyer dice: el mayor número de los

traumatismos queráticos curan pronto y sin dar lugar a un hipópio. La intensidad de la queratitis no se mide de ningún modo por la de la lesión traumática. Algunas veces una herida considerable de la córnea cura sin que se nutricion supra, y mientras que golpes ligeros provocan otras una inflamación muy purulenta para dicha membrana y partes profundas del ojo. Las causas invocadas para explicar esta diferencia en la manera de obrar los traumatismos son ciertas diéresis, irritaciones prolongadas, influencias epidémicas, y sobre todo la blenorrea del saco lagrimal.

En su último trabajo continúa: es imposible provocar artificialmente una queratitis purulenta por la aplicación de un traumatismo simple sobre la córnea.

La purulencia al contrario se establece muy fácilmente despues de la inoculación de sustancias putridas las mas diversas, ó bien de sustancias capaces de putrificarse, especialmente el pus de una diéresis-cistoblenorrea. Se extiende por último en consideraciones experimentales para probar que la infección es debida a la presencia de bacterias, pues la inoculación de líquidos que las contienen dá lugar a dichos accidentes, mientras que si se hace hervir el mismo líquido el resultado es negativo.

Cberth bajo la Dirección de Liber ha hecho gran número de experiencias sobre ojos de conejos, produciendo muchas veces simples heridas, y otras inoculando diferentes sustancias sépticas. Una cauterización de la córnea, la introducción de una aguja, de un hilo de hierro ó plata á través de la

misma y cámara anterior produce, bien una inflamación querática, un catarro conjuntival, algunas veces iritis, pero la inflamación no se hace perniciosa, pútrida, y no invade otras partes del bulbo, la herida se cierra y la córnea toma bien pronto su aspecto normal. La córnea reacciona de otro modo por una inoculación de sustancias sépticas, masas de leptotris buccalis, partículas de músculo en putrefacción, pus, de un hipopion, y humor acuoso de ojos fuertemente inflamados.

Vernueil en sus memorias de Cirugía dice: se discute hace tiempo sobre la operación de la catarata. Es bien claro que para los cristalinos duros que se encuentran sobre todo en los viejos, la extracción es infinitamente superior á la de presión.

y á pesar de ello sino teóricamente al menos en hecho el segundo método en nuestros grandes hospitales resiste la influencia del primero. ¿Por qué? Porque para que la extracción no conduzca á desastres pronto é irreparables es preciso que la herida de la córnea se reúna por primera intención: ahora, la reunión de esta herida es pequeña y regular está comprometida á cada instante por las influencias nosocomiales, por una epidemia de erisipela, por la vecindad de heridas en supuración fetida, en una palabra por las mismas causas que hacen desgraciarse nuestras operaciones en las mismas salas.

Todas estas consideraciones son las que me estimularon por su importancia á analizar detenidamente y hacer un

estudio minucioso de las complicaciones que rodean a la operacion de la catarata; y dar alguna estension a esta parte del tema poniendolas de relieve ordenadamente, para que teniendolas presentes, no se interpreten como accidentes consecutivos al procedimiento operatorio, sino a otros elementos perturbadores que unas, y otro la rodean; influencias infecciosas, endemicas, epidemicas, de localidad, constitucionales, y estados patologicos oculares particularmente los que producen secreciones morbosas etcetera.

Ultimamente añadiré. Por qué hoy ha corrientes general hasta de los que tanto temen las secciones a colgajo se dirige a preservar y resguardar lo mas posible la herida, y cuando unta se inicia la supuracion recurren y aconsejan

los medios desinfectantes. ¿Es porque notan dificultades en la unta consecutiva a la forma y formato de la seccion, o porque observan en ella la intoxicacion septica, la infeccion? Si, en el fondo estan conformes, por mas que en la deflora de sus procedimientos se valgan de otros argumentos, todos recurren a la antisepsis con el medicamento que les parece preferible, quina, acido fenico, sinico, salicilico, bórico, agua de cloro, etcetera, con doliendo que la Delicia de la Ojo no permita observar en toda su pureza los principios generales de la Cirujia antiséptica.

Accidentes de la region irido-ciliar.

Aun cuando estos obedecen comunmente como ya he manifestado a los traumatismos contusiones etcetera, consecuti-

nos generalmente á ciertos procedimientos, como suelen presentarse tambien otras veces independiente de dichas causas, los espongo nuevamente en este sitio indicando los engastamientos y hernia del iris, inflamacion del mismo y ciliar, coroiditis, sinequias, exudaciones pupilares, y oftalmia simpatica.

Accidentes de la region capsular.

Posteriormente á la operacion la capsula puede opacificarse, y cuando han quedado restos lenticulares estos esponjarse y organizarse con nuevos productos inflamatorios produciendo las llamadas cataratas falsas ó secundarias.

En resumen, y reflexionando sobre lo hasta aqui expuesto se ve que la operacion de la catarata se halla bajo la accion de multitud de causas generalmente

ajenas al procedimiento quirurgico que se emplea y las cuales influyen en el desgraciado exito de la misma. Que estas causas dependen de las malas condiciones cósmicas, individuales y oculares, detalladamente analizadas en la primera parte de este trabajo; á las cuales pueden agregarse, ciertos influencias de localidad, el estado moral, é imprudencia de algunos enfermos. Despues de la operacion, y la mayor ó menor habilidad del profesor encargado de ejecutarla.

Por último que merced á los accidentes especiales á cada procedimiento, de la situacion de la herida, estension y forma de ella, debe preferirse como punto de eleccion el que se señalaba como mas esento de complicaciones el gran círculo queriático; y como estension y forma de la herida aquella que permita la salida de la catarata del modo

mas facil y espontaneo, el colgajo com-
prendiendo lo menos un tercio de la cor-
nea.

Se terminado Exmo
Señor; y al revisar con insistencia
y por última vez el tema, no he encon-
trado nada que modificar; no es extraño:
la pluma guiada por nuestra clara inte-
ligencia é ilustracion notoria, ha obrado
rudo y añadido segura é indudable-
mente párrafos enteros, que harian me-
nos defectuoso este trabajo, como sin ce-
rramente confieso han sido mis Ocos.



Juan Alvarado Gomez