

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

20

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Fesis de Licenciado?

*Métodos y procedimientos más recientes para
la extracción de la fátarata y ventajas sobre los
procederes antiguos.*

*Santiago de Chile
Setiembre del 1873*

Soquim Poldos

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Disertación cerrada.

El estudio de la Oftalmología ocupa hoy un lugar tan preeminente entre los ramos diversos de la ciencia médica que todas las Universidades de Europa la consideran como ramo especial a parte de la Patología esterna y quirúrgica instituyéndola como estudio particular, dándole una cátedra. Este ejemplo ha sido seguido por los Estados Unidos y muchas otras Universidades Americanas como sucede con efecto en Cuba &c.

El objeto que he elegido para tema de mi disertación sobre este ramo curado en mi país como en mi peregrinación política.

El tema es el siguiente: Métodos y proce

Instrumentos más recientes para la extracción de la catarata y ventajas sobre los procedimientos antiguos.

Antes de entrar a tratar definitivamente la cuestión de que voy a ocuparme señalaré los métodos empleados más generalmente antes de la época de Graefe, cuyo distinguido oculista puede con razón considerarse el innovador verdadero de la cirugía ocular respecto de una de las operaciones más frecuentes y que con mayor urgencia es reclamada.

Una breve reseña histórica de los oculistas y las modificaciones que imprimieron a sus respectivos manuales operatorios creo sería bastante útil y necesaria para dar a Graefe el importante rango en que anteriormente le hemos colocado.



Sperino dice, aunque sin fundada razon que Wardropo ha hecho de una incision transversal un metodo operatorio; todavia cita a Von Safer, cuya reciente muerte es muy sentida en el campo de las ciencias medicas y particularmente en la especialidad a que con mas ardor se consagró, como ha usado de las cataratas por incisiones lineares, aunque realmente su metodo de extraccion parcial, solo para las cataratas capsulares y para rudimentos de cristalinos cuando se hallaban en la camara anterior. Pero lo que empleaba, cuyo nombre de parcial cambia el mismo Safer por el de linear.

Tollin hace igualmente falsas apreciaciones sobre el mismo objeto al citar a Stausfaurdu

Petit, Saint Pies, Pellucci y Gibson) al decir ^{que estos} Autores comprendiendo la gravedad de una ancha abertura y de un gran colgajo se habían propuesto estrechar la una y acortar el otro: agregando en corroboracion de esto: "En estos ultimos años se ha vuelto de nuevo á estas ideas con mayor perseverancia y se ha erigido en método la extraccion lineal."

El mismo autor comete otro error cronológico respecto de este particular al decir que Schuyt y el Mooren combinaron la incision y la extraccion lineal olvidandose del verdadero autor de este procedimiento que es el celebre catedratico de Berolín.

Hay todavía algunos autores mas á quienes se ha creido deber la primera modificacion de este método y fudieramos citar á mas de los



mencionados a Taylor, Siegwart, Travers ha, pero no mereciendo con justicia el nombre de lineares sus métodos, pues que en sus operaciones se servían de muchas incisiones produciendo colgajos mas o menos anchos y múltiples y limitados en su aplicación a cierta clase de *Cataratas*, de manera que lo generalmente usado era solo el método a colgajo mas o menos cerca de la circunferencia corneana.

No terminaremos esta breve reseña cronológica sin citar a David, Wenzel y Richter que tuvieron el mérito de abandonar el método a colgajo a favor *estracasium* de la catarata, rechazando el peligroso cuanto irracional del abatimiento que *Milburg* quería restablecer y destruido felizmente por *Beer*, precisando el manual *operatorio*.

Desde principios de este siglo es pues entre los hom-
bres de buena fe el método por estracción el más em-
pleado, limitándose cada día más al de abatimiento á tal
punto que los autores clásicos modernos solo le dedican
en sus obras algunas líneas y siempre para detractar
lo y condenarlo.

La operación de la catarata es una de las más
mas métodos y procedimientos cuenta indicando por este
solo hecho la gran importancia que con sobradísima
razón se ha dado á su estudio, reclamado por una de
las afecciones más penosas que afecta al hombre.
El indio que á esto mas á los bordes de la de-
separación que la pérdida de la vista y nada más tris-
te que la condición del que tiene la desgracia de perder
este sentido en que una de las causas más frecuentes es



la Catarata y no obstante estas tristes circunstancias
no se resuelven mucho á operarlas por que recuerdan
el antiguo manual operatorio, largo sumamente doloro
so y lo que era peor aun de resultados tan dudosos á
desgraciados que defaba á los enfermos imposibilitados
para reiterarlas, el sustreño de las consecuencias que
mas tarde hare referencia en el curso comparativo de es
to habafo.

Para llevar en órden metódico hare referencia de
los métodos y procedimientos mas generalmente emplea
dos hasta la época en que Graefe publicó la prime
ra multiplicaron y desde cuya época se conoce con el
nombre de método de extracción lineal.
Siguiendo el orden generalmente admitido

dividiremos los métodos antiguos en dos clases que dependen de la extracción del cristalino o de que permanezca en el ojo, aunque desviado de su natural sitia. Estos métodos varían también según el lugar por donde se verificó la operación dando su nombre a cada uno de los procedimientos ya solos o combinados con los nombres que resultan de las relaciones del eje ocular o del eje del cuerpo.

La primera clase comprende: la queratotomía y la escleroticotomía.

La segunda: la queratoniquis y la escleroticotoniquis.

La primera clase tiene cuatro variedades de relación al eje del ojo y son: Quert. superior: Quert. inferior y las pocas variedades laterales internas y externa.

La segunda variedad de la primera clase o sea la escleroticotomía, puede también ser superior que fue la

mas usada y la inferior poca o nada empleada?
 Esta variedad fué propuesta por Bell y practicada
 en algunos casos por Barde, pero nadie despues de es-
 tos profesores la empleo y aun su mismo autor com-
 prendiendo todos los inconvenientes que presentaba por la
 hemorragia de los vasos iridiano, la coroiditis, la salida
 del humor vitreo por una abertura tan proxima a la
 capsula tra. la desecho muy pronto por tan terrible acci-
 dentes que lo espuso al inuceso en la mayor parte de los
 casos que practico.

En esta misma clase caben los métodos o
 mejor dicho los procedimientos llamados micot pro-
 puestos por Stucchi y Langier: el del primero consistia
 en la extraccion por medio de la aguja-sinza y el se-
 gundo en la aspiracion por medio de la gemma aspirante.

Abandonaremos esta variedad pocas que desde la misma época de su aparición fueron desechadas conservándose mas bien como para servir únicamente al estudio de estas operaciones.

La segunda variedad o sea la *Celerotónica* comprende dos procedimientos la tritnación y la reclinación.

Los *operadores* a que esta variedad se refería lo hicieron gozar por mucho tiempo de un lugar importante, pero si las graves complicaciones eran raras en cambio los resultados poco correspondían sucediendo las mas veces que el operado volvía muy poco tiempo despues de quedar con el mismo defecto o por mucho tiempo sin conseguir el objeto.

Despues de enumerados los métodos que hasta la época de la publicación del linear fueron mas generalmente empleados para la Operación de la Catarata, sucediendo el



unos por autoridades de reconocido mérito y a propósito de sus
neces por notabilidades científicas, considerando cada cual
en razones de mayor o menor fuerza para preferir uno o
a otro, diremos de una vez para siempre los grandes desar-
ros que con la mayor parte de los clásicos modernos cree-
mos sin exajerar poder atribuir a esos antiguos métodos
y que los modernos se han visto exentos de desagradables
consecuencias al menos produciéndolas con menor fre-
cuencia y siempre dependiendo más bien de condiciones espe-
ciales del individuo con resultados más favorables y del
todo satisfactorios.

Al método a colgajo ordinario pueden aplicarse como
consecuencias más frecuentes de la operación por parte del
colgajo, la reunión viciosa, la reunión tardía y la fistula



consecutiva de ambos accidentes; la supuración o reunión por segunda intencian, las manchas de la cornea; la supuración total del ojo y la pérdida por fucion del organo o de su fucion; accidentes todos de los mas frecuentes que se observan y cuya sola enunciacion basta para hacer comprender los sufrimientos y tristes resultados que ocasionan.

El metodo lineal solo o combinado con la Crudectomia, modifiacion que imprimio el autor a su primer manual u operatorio, fueron aplicados por Graefe a ciertas formas de cataratas blancuecinas, de consistencia viscosa, sin nucleo ambarino y en las personas cuya edad era de los 30 a los 45 años. para las cataratas llamadas de Morgagny de nucleo desprendido en su p.^a

todas las cataratas de que las partes corticales están
 blanquecidas. He observado entonces su aplicación a otras
 formas cuya caracter principal es la dureza como en la
 loma de las Duras, Maduras, aplastada y de borde cortante
 por ser la salida menos suave. Pero en el día todos los
 operadores no dudan en practicar esta operación por el
 método lineal cualquiera que sea el carácter de la cata-
 rata imprimiendo solo mayor o menor longitud a la he-
 rida para evitar los pequeños inconvenientes que resultarian
 del magullamiento de las bordes y de los ángulos de la
 herida.

Para mejor comprender el método lineal vemos
 describiendo el manual operatorio que cada una de las
 modificaciones esige y esta será la manera mas segura
 de establecer el paralelo.

Los instrumentos necesarios para practicar esta
 operación son: un cuchillo lanceolar, un bisturí de Graefe
 por un extremo y por el otro una empuñadura de David; un cuchillito
 recto; pinzas de fijación y de pupila y tijeras curvas sobre
 un plano para los casos en que fuere necesario escindir alguna parte
 del iris.

La operación consta de tres tiempos.

Primero: Se produce con la pinza un pliegue
 conjuntival, se atraviesa éste y la cornea perpendicularmente
 a su superficie en medio de su radio transversal
 externo, a dos milímetros del anillo esclerótico.

En este primer tiempo debe darse de cinco a
 seis milímetros de longitud a la herida externa y si se cree
 que la interna por la forma del instrumento no tie-
 ne la relación que debe existir de medio milímetro.

que la esterna, al retirar el cucullete se dirigirá este hacia arriba a la cañalaba para evitar que esta falta de relación pueda impedir o retardar la salida de la Catarata.

2.º tiempo: Consiste en hacer en la capsula del oído una incisión que deberá ser tan larga como sea posible: para este tiempo es para el que se emplea el cistitomo cuya introducción se hará apoyando el instrumento por el Chorro sobre el borde externo de la herida, dirigiendo su estremidad sobre la cara posterior de la cornea, hasta que haya llegado a medio milímetro del borde interno del iris o sea en el campo pupilar: aquí se imprime al instrumento con una mano de vaso, por el que llega su corte a la capsula, moviéndolo esta en varias direcciones. Para retirar el cistitomo se le hace recorrer el mismo camino pero en sentido inverso.



El tercero y último tiempo consistió en dar salida al cristalino, para lo cual se introduce la cureta que es un poco mas grande y aplomada que la de Daviel: la cureta debe ser apoyada sobre el borde externo de la herida, para entreabrir los bordes y facilitar la salida del cristalino o saco?

Este fue el manual operatorio que usó Graefe el sustituir al método a colgajo por el lineal pero encontrando que en muchos casos se prolongaba y hacia algo penosa la operacion lo modificó empleando para las casos de catarata ya indicados el lineal combinado y cuya descripción es la siguiente.

Este nuevo procedimiento se ejecuta en cinco tiempos empezando a verificarse su modificación por los instrumentos que para ello se necesitan sustituir

yendo el cuchillo lanceolar por un cuchillo muy fino y estrecho con el cual se inicia la operación:

Primer tiempo - Incision de la Cornea: El cuchillo es introducido con el filo hacia arriba, el pelo hacia adelante, a una o dos milímetros del borde esclerótico, sobre la cornea, de manera que entre en la parte más periférica de la cámara anterior. Para hacer la herida interna de las mínimas dimensiones que la externa, la punta del instrumento no debe ser dirigida precisamente al punto en que va a verificarse la contra-incisión, sino al contrario, hacia la parte central del campo pupilar y no es cuando la punta ha entrado tres y medio milímetros en la cámara anterior que se le hace elevar por un movimiento de vascula del mango empujándolo al mismo tiempo bajo el borde esclerótico.



lícal del lado opuesto al punto de entrada.

Como se ve se siente que ha defado de haber resistencia, lo que indica que la compresión se ha practicado se da inmediatamente al cuchillo una dirección inclinada hacia adelante de manera que su dorso quede vuelto hacia el centro del ojo y se continúa la operación en sentido opuesto empujando decididamente el cuchillo a delante retirándose siempre en el mismo plano de su longitud exacta a gotada, procurando que al terminar la operación se produzca un colgajo conjuntival cuya longitud no pasará de dos milímetros.

Al tiempo: Escisión del iris: Después de confiar a un ayudante la fijación, el operador separa el colgajo conjuntival del iris que ha formado pro

La peca, empleando una pinza recta de pupila, del mo-
delo mas pequeño que se obtenga. Este colgajo adheren-
to a la cornea por el limbo y desprendido de la can-
frontera ocular se deja fácilmente reuversar sobre la cor-
nea dejando al descubierto el iris desnudo. Se toma
en seguida la porcion del iris que ha hecho hernia: se
tira suavemente de modo que se desmenuela bajo formas
triangular cortando por la base desde un angulo de la
herida hasta el opuesto, pudiendo hacerse por uno o dos
golpes de tijera. En la generalidad de las cosas el
iris hace hernia por si mismo, pero si esto no acontece
currese a buscar tratando de tomar su borde pupi-
lar a fin de formar el triángulo.
3.º tiempo: Diccision de la Capsula. Despues de volver a

Para sacar la pizga de fijacion se abre la capsula con el que
titonus encorvado de una manera conveniente. Este instrumen-
to es indispensable en los casos de catarata blanda, pero en
los de catarata dura debe el que titonus ser muy corto y te-
nerse muy inclinado porque pudiera en caso contrario arrojarse
se y desplazarse el cristallus. Las incisiones de la capsula
pueden ser, o una vertical, o seguir esta con una horizontal
en forma de Cruz.

Hay tiempo: Consiste en la extraccion de la catarata
de su nucleo. La salida del cristallus varia segun la exis-
tencia o ausencia de una capa espesa de sustancia cortical
blanda: cuando esta existe se hace salir el cristallus por
presion sobre el globo del ojo; cuya presion se ejecuta
con una cureta ancha, apoyandola por su dorso sobre

el punto mas proximo a la herida a fin de abrir su
borde y facilitar la salida; desde que está bien lugar
las presiones deber ir siendo mas debiles. Cuando la sus-
tancia cortical es blanda se puede tambien enjugar el
dermis con un algodón si esto se hace lateral en caso contrario se
servira del gancho que debe ser aplicado desde el prin-
cipio en caso de catarsis. La introduccion del gan-
cho en la cámara anterior debe hacerse hasta mas
allá del borde nuclear y siendo de plano. Se le impri-
me entónces un movimiento de oscilación, llevando su punto
hasta la cortical posterior. por movimientos convenciona-
mente efectuados se lleva el cristalino poco a poco a
la herida.

Finalmente la curacion se verifica tan pronto co-

mo en los casos de otras operaciones menos riesgosas;
algunas compresas de hilo, mojada con agua natural
o enfriada por el hielo y una compresa y una venda
simple para sostener las hilas y el ojo cerrado bas-
tan para conseguir el resultado.

De las datos estadísticos y compensativos hechos por Graefe sobre este su método
y el de Colgado antiguo, resultan en favor del lineal
un tres a un cinco por cinco sobre el primero, debiendo tener
se presente que a mas de esta ventaja, la no menor in-
teresañte que concurrían en el tratamiento, siempre me-
jorable en el lineal que en el antiguo y que no es
imposible indicar. Primero, a causa de la gran simplicidad
de la operacion y la corta duracion de lo que pudiera

mos llamar la convalecencia y segundo en su mayor parte la mayor independencia y condiciones morales del enfermo cuya influencia es tan conocida, dando por estas razones un carácter mas agradable y menos inquietante al resultado?

Las grandes ventajas que esta modificación tiene sobre el antiguo se colgase aunque enunciada ya de una manera general por su resúmen: Manual Operativo mas sencillo, comodo y menos doloroso para el enfermo que segun dice su autor "Un hombre de mediana energía podría soportarla sin el narcotismo."

Respecto de los peligros consecutivos de este método estadísticos demuestran el menor número por este método que por el común corroborado por la mayor cantidad de resultados favorables.

Señeidos muy en cuenta que ni la estación ni la con-
dición individual ejercen una influencia tan marcada
sobre la operación como con el método á colgado con que
vamos a exponerlos.

A partir de la época en que Graefe prac-
ticaba y enseñaba á sus discípulos el método á que se
daba carta de ciudadanía en la cirugía de cataratas, muchas
otras modificaciones han sido hechas al terreno de la prac-
tica por muy distinguidos oftalmólogos, que aunque toma-
ban como punto de apoyo la escisión lineal, no dejaban
por eso de ser muy interesantes y de imprimir por sí
soltos mayor fuerza al método, realzando el mérito del enu-
meado profesor que había resuelto un problema que tantos
otros buscaban para el mejor resultado en la restitución

de la importantísima función de que esta es encargada
el oído.

La seguridad que en cuenta el cirujano en una sec-
ción lineal ya durante, ya después de la operación, pues
el peligro que reside en una ancha abertura cor-
neana, como sucede en la extracción a colapsos ha
producido en los prácticos el deseo de experimentar tan-
to como fuese posible el método de extracción lineal.

El problema por resolver consistía en saber si
la contusión de la herida y de las partes que el
nucleo debía atravesar, contusión hasta existir por
inevitable por la reducción en longitud de la sec-
ción, ofreciera menos inconvenientes que los terribles
a que esponía el método antiguo!

Los mejores resultados anteriormente indicados han
comprobado que este inconveniente eran de menor impor-
tancia y en menor numero.

Despues de Graefe el primero que se ocu-
pió de mejorar algun cambio fue Desmarres. Este dis-
tinguido oculista llevo su modificacion, no sobre el ma-
nual o peratorio en sus principales rasgos, sino en que
producia la tritacion de la catarata sobre la cornea,
pero las graves desordenes que se producian lo hicieron
poco practicable aun por su autor que lo abandonó
poco tiempo despues.

Recomendamos en segundo termino a Haldou, cuya
seccion era practicada del lado del vion y distante del
borde corneano en milimetros.

Este cirujano no modificaba los tres principios de Grieco, ni los tres tiempos de la operación de Graefe; el cambio se refería exclusivamente al manejo de la cureta. El introducía este instrumento directamente hacia la capa cortical posterior, perpendicularmente a la herida, abrazando el núcleo en su totalidad. Hecho esto colocaba la cureta en una dirección horizontal, sin comprimir el núcleo contra la córnea. Si se tiene cuidado de guardar estrictamente las reglas impuestas por el autor se evita uno de los inconvenientes más desagradables que se produce con más frecuencia que en la fragmentación de la catarata.

Pero no obstante esto, como para verificar este

tiempo se usa de una curota de mayores dimensiones que la de Graef y David, se aumentan hasta cierto punto los peligros que esta modificación quiere evitar a mejor dicho se cambia uno por otro.

El hijo que otro no meo distinguido oculista tratase de obviar estos inconvenientes, variando algo no solo la instrumentacion reclamada para esta operacion sino el mecanismo operatorio.

Mas referimos a Chrichet quien cambia la curota de David por una (plana) mas gruesa y con un reborde en su estremidad para fijar el nucleo al momento de su extraccion.

Los tiempos de la operacion de Chrichet no difieren muy notablemente de los que acabamos de

describir. Este Cirujano emplea para la maniobra una
 meana en cucullita lanceolar a codado, que introduce en la
 cornea y en la extremidad superior del diámetro vertical
 de esta membrana. Opera de este modo para ocultar
 de las pompas superior la cicatriz y una porción
 de la pupila artificial. Esta manera de proceder casi
 evita las desventajas que el agrandamiento del cam-
 po pupilar puede presentar bajo el punto de vista
 funcional; aunque tiene el pequeño inconveniente de po-
 ner al operador en la obligación de practicar con in-
 strumento curvo, en caso de no estar acostumbrado a
 a los rectos.

La sección por este instrumento deberá tener
 la extensión del cuarto de la cornea, como en el pro-
 cedimiento de Graefe, pero si la catarata es obnubi-

nasa, despues de retirar el cuchillete, introduce una deda
Manos de una tijera acordada mnj fin, sobre sus
 bordes y por un corte de este instrumento se agranda
 la abertura, esta tendra entonces la longitud del ter-
 cio de la cornea, formando como un colgajo de cor-
 nea de la herida.

Los demas tiempos se practican como en la
 operacion de Graefe y Haldan, evitando la frag-
 mentacion de la catarata y toda compresion contra
 la cara posterior de la cornea. precauciones que
 deberan ser rigorosamente observadas, tanto mas, quan-
 to que la colocacion del enfermo y ayudantes no
 esta en ningun modo cambiado en esta operacion.

Estas son las ventajas que el método lineal solo
combinado con la iridectomia simultanea presenta so
bre el método a Colgajo; los demas antiguos emplea
dos por la generalidad de los oculistas y cuya utili
dad se comprende solo en su simple descripcion
pero hay otras recien tes tambien garantizadas por
autoridades de in disputable merito y de que sucesiva
mente nos vamos a ocupar.

Las modificaciones primeras impresas al méto
do a colgajo tienen todo el objeto facilitar la mas
pronta salida del cristallino separando uno de los coe
jos que mas peligro presentaba; me refiero a la Condicion
del iris de las personas consecuentes a E.

En defar de comprender que muchas veces la
coaptacion de los colgajos depende ya de la retracci

hidad, de la cornea, ya de los tegumentos que la rodean, no podemos sin embargo dejar de señalar para la mayor parte de los ferrosos desagradables y peligrosos que siguen de cerca la operación, el importante papel que juega el iris y de que varía según que se presente durante la operación o después de esta.

Se sabe fácilmente que a pesar de la dilatación de la pupila por los midriáticos, el esfínter se pueda contraer muy energicamente después de la salida del humor acuoso y si desgraciadamente se han puesto en contacto su cara anterior y la superficie del instrumento. Es pues me

restar entouce para que la salida del nucleo sea practi-
cable que los musculos laterales del ojo eferzan de
dentro a fuera una presion mas enegica a fin de que
el borde de la catarata pueda vencer la resistencia del
esfinter.

La contusion del viid asi como su estriamiento
son tanto mas marcada quanto que la pupila se con-
trae y es mas estrecha, haciendo por esta causa
mas dificil la salida del cristalino.

Por otra parte la salida del esfinter
en los casos de catarata de capas corticales blan-
das y de nucleo duro, sucede mucha veces que
al avanzar la membrana pupilar contraida quedan en
el ojo las partes blandas saliendo solo el nucleo duro.
En estos casos la irritacion produ-

ceda por estas porciones de la catarata que obran como
cuerpos extraños, llegan a determinar inflamaciones
del iris que comprimidas por sus presiones so-
bre los nervios ciliares, producen además inflama-
ciones que pueden ser de mayor gravedad.

Es en virtud de todas estas conside-
raciones que los prácticos han determinado cambi-
nar la iridectomía a la extracción a colgajo,
principalmente en los casos en que condiciones
individuales de conformación o de salud les ha-
cen tener el traumatismo tan violento que sufre
el ojo en la extracción de su cristalino opaco.
No deben proponer practicar una iridec-
tómia superior quince días antes de la querato-

topia en todos los casos de marasmo senil profun-
do, cuando hubiere disposición a congestiones cere-
brales o en fin cuando por cualquier causa fuese
imposible la permanencia en la posición horizontal
prolongada. En los casos de parálisis del
cuello o de contracción poco manifiesta de este espín-
ter por las midriáticas no llegando ni aun a
la tercera parte de su longitud, por último si la
catarsis presenta masas corticales abundantes con
un núcleo poco voluminoso.

Pero examinando estas proposiciones
se comprende que estas razones no son bastante
para alegar una operación de esta y encontramos
que Jacobson procede de una manera contraria,
es decir practica la pupila artificial y por consiguiente

tiempo que la queratotomy, con la sola diferencia
de que Mooren da la preferencia a la superior y
Jacobsen a la inferior.

En ambas operaciones se ha querido hacer la a-
plicacion limitada a solo ciertos casos, pero Wetten
creo que los resultados desfavorables no dependen
de la operacion sino de causas muchas veces in-
plicables, aun en medio de las mayor perfeccion
en la operacion y de las mejores condiciones hi-
gienicas.

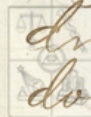
Quando se practica la operacion por el
procedimiento de Mooren o sea la profunda
artificial, la cecia arriba, ocultandose el estroma
producido, por el párpado superior, los mecon-
nentes de la videctomia son nulos.



Si por el contrario se elije el método de Ja
cobson se tienen todos los trastornos visuales aun
con los vidrios mejor proporcionados.



Las ventajas que el método a' colgajo
modificado o sea combinado con la iridectomia
ya previa ya simultanea, quedan demostadas con
los datos estadísticos y de los que resultan ser
definitiva la perdida inmediata de dos o fos
por cada ciento; mientras que segun las estadis
ticas mas fijas y concienzudas, la extraccion con
anestesia da una 100, casos, diez en que ha falla
do o aun por la tuerca, cinco quedan definitiva
mente en un estado proximo a la ceguera y
otros diez obtienen de una operacion reparadora la facultad de oír.
-Larce.



Encontramos todavía otro fundamento para modificar el método antiguo o común, despendiente de una prevención vulgar que consistió en no hacer indicada la operación sino cuando la catarata está completamente formada o madura.

Hasta Graefe se creyó que era esencial practicar la operación que nos ocupa antes de un tiempo más o menos largo y en que se consideraba formarse completamente la opacidad cristalina, para estos operadores no había posibilidad de esperar que todos los elementos vitales se desprendiesen inmediatamente.

Este tiempo de madurez no es posible fijarlo pues que esta afección esencialmente crónica varía al infinito en cada caso como en cada individuo.

Ademas una vez llegadas las masas corticales al completo grado de madurez se hacen de nuevo viscosas como antes de haber sufrido la opacidad. Me acuerdo aqui que Graefe y un discipulo suyo Mannhardt han intentado intervenir en el desarrollo de la Catarata practicando incisiones capsulares muchos dias antes de la estacion completa.

Hay todavia una razon moral mas poderosa que las anatomicas y es que la edad en que se produce la catarata no es aquella en que el individuo deja de pertenecer al mundo fisico y moral, antes al contrario, todavia con y sin esa triste condicion, vivira muchos años, mas, seria cruel y criminal permitirle por esperar la madurez completa a una esta

do de las mas deplorables como es siempre el caso
que ha perdido la vista.

La operacion de colgajo modificada y a inter-
valos se practica de diversas maneras: segun Graefe
debe siempre practicarse la iridectomia antes de incin-
dir la Capsula, alguño dia despues se practicara la
diseccion de esta, con las mismas precauciones indica-
das en la operacion por el método lineal y al cabo
de doce dias se hace la extraccion del cristalino
a poco.

Graefe, buscando siempre disminuir la lugi-
tud del colgajo y de la incision de la cornea cree
que debe hacerse esto un poco mas cordas que
en el colgajo comun.

Otros Cirujano y Wecker principalmente

le son de opinión contraria, indicando la conveniencia de
 en colgajo ^{inmutable.}

Mannhardt propone practicar de otro modo
 la operación, obteniendo, dice, por su método sino la misma
 seguridad de su maestro, tiene en cambio una condición
 de no menor valor que es el acortamiento del tiempo
 pues que ejecuta primero la disección de la capsula, y
 mitiga la iridectomia para el momento en que se proce-
 da a la extracción.

Estos procedimientos operatorios tienen una ven-
 taja incontestable de seguridad sobre el método común
 pues que por ellos se prepara por de ante a su el ec-
 sito de la operación; además como he dicho ante el
 fin. se han propuesto los operadores es siempre un fin

eminentemente moral cuya condicion debe figurar con gran importancia en todas las circunstancias para el medico, a menos que se practique una concienzuda y solo especulativa mente, cuyos entes son por fortuna poco comunes y sus tormentos despreciados.

Citaré ademas de los muchos ya mencionados los procedimientos de Wolf y Kriehle: el del primero consistió en una estraccion por el metodo á colgajo de Y Bowman y con el cuchillete de Deer, diferenciándose del de Graefe en que la iridectomia debe hacerse tres semanas antes de la estraccion.

Las ventajas de esta operacion con sistema segun su autor en la iridectomia previa es impedir la contraccion de la pupila, pudiendo por

Tanto ser menor la incisión como lo ha propuesto Graefe.
El Colgajo conjuntival que se practica en am-
bos métodos precave la supuración de la herida de la
cornea, acelerando la cicatrización.

La Superioridad de estos dos últimos me-
todos se puede comprender por los datos que el autor
presenta y que confirman los indicados anteriormente.

En 10% Casos operados por este método, 72 en
el hospital y 28 en la practica civil; 89 de cataratas
seniles, 15 traumáticas y 3 glaucomatosas, se obtuvieron 94
curaciones completas y en 7 el resultado fue negativo.

En suma de esta estadística sumo favorable
pueden apoyar estos resultados con los del mis-
mo Graefe, Wobser, Jacobson, Mannheim & de cuyas
modificaciones participan y que heinos estudiado y a.

El procedimiento del Dr. Pucstler que llama operación trasversal se funda en que el autor considera como muchos otros que el principal inconveniente del método ordinario consistió en la forma del colgajo. En tal fundamento propone herdir la cornea en su meridiano trasversal, tomando puntos de entrada y salida sobre la esclerótica inmediatamente por delante de la inserción del diafragma ocular.

A tal efecto emplea un tenetorino de tres o cuatro centímetros de largo por dos milímetros de ancho; la unión de los dos extremos de la herida se hace introduciendo directamente hacia adelante el corte del instrumento; procurando hacer la contra-acción antes que haya corrido el humor acuoso y haga hernia el iris.

Después de abrir la capsula

crístalina por medio de una aguja fina, recta, proce-
diendo en seguida a la extracción por medio de presio-
nes suaves sobre la región del ligamento ciliar, mien-
tras que con la aguja se deprime uno de los labios
de la herida. Practicada de esta manera el cristallino
se presenta a la abertura gradualmente y después de
verificar un movimiento de rotación sobre su eje. En
este método se hace también la iridectomía previa.

A este método puede objetarse con funda-
do motivo el inconveniente que tendría una cicatriz lineal
en el campo pupilar: aunque pudiera por el contrario
servir de apoyo los resultados favorables de la extracción
lineal en sí, dan motivo ya presentado.
El Dr. Parignot reclama la prioridad

de este procedimiento que segun dice no se presta a una
evacuacion regular de la herida y ~~de~~ favorece hasta cierto
punto la hernia del vis, por lo que le ha abandonado
sustituyendolo por el siguiente.

Segun el Dr. Savignot su nuevo método
que llama por extraccion directa difiere de los conocidos
por las razones siguientes: 1^a por el sitio en
que se hace la puncion: 2^a por la forma de esta y
3^a por el instrumento que se emplea para practicarla.

La puncion se ejecuta a cinco milímetros
de la circunferencia del esterna de la cornea en lugar de
hacerse en su periferia.

En forma en vez de ser linear como
en el procedimiento de Merz, o penubular como en

el de David es el resultado de dos incisiones una vertical que tiene nueve milímetros de extensión y otra horizontal, de solo tres milímetros.

El instrumento que se emplea es un cuchillo biconcavo curvo, se tiene doce milímetros de la base a la punta y diez de ancho; está armado en una cavidad de una arista cóncava que solo tiene tres milímetros de elevación y su pieza a cinco milímetros de la punta del instrumento.

El manual operador es muy sencillo: el instrumento con su convexidad dirigida hacia adelante penetra por el lado externo de la cornea en el punto indicado, atravesando la pupila dilatada artificialmente, para encajarse en el

borde externo del iris y la empujé hacia el centro del círculo, penetrando más o menos en la cámara hialoidea del humor vítreo. hecho esto la operación está terminada.

Solo resta deprimir con una cureta ancha y de bordes planos las dos valvas formadas por la arista cortante del quecatalano, a espaldas del labio externo de la incisión vertical, para penetrar fácilmente en la cámara anterior, coger el cuerpo o saco y practicar su extracción.

Las consecuencias, segun el autor de esta operación sencilla, no habiendo observado accidente alguno digno de mencionarse.

Terminaré Prez. describiendo un nuevo procedi-

murió el mas reciente seguramente que se ha pro-
puesto, pues que solo data del año proximo pa-
sado, cuyo autor firma muy dignamente como auto-
ridad en la oftalmica.

El Dr. Liebreich practica su operacion del
modo siguiente: El enfermo se acuesta sobre la espalda
y Polo se le coloca el microscopio si lo pide instantanea-
mente. La pupila se dilata, tanto como sea posible, la
noche, con la atropina; el operador estara de pie detras
de la cabeza del enfermo si opera el ojo derecho, al lado
izquierdo del enfermo si opera el ojo izquierdo. Un ayudante
no es indispensable.

Todo el aparato quirurgico consiste en dos in-
strumentos, es decir, un cuchillo de Graefe muy estrecho co-

que sea posible y en el sistema que lleva en la otra el
tremidad una *cuchilla de David*. Se puede aun reunir
todo en un solo instrumento que lleva en un extremo una
cuchara de David y en el interior un *cistitomo* móvil.
Se suspende operando sobre el ojo derecho: en este caso
el operador toma el párpado superior con el índice de
la mano izquierda, mientras que descansa ligeramente el meñique
en el ángulo interno del ojo sobre la esclerótica. La *cuchilla*
de que el dorso está vuelta hacia atrás, se tiene horizontal
mente con la mano derecha, y su *lamina* inclinada de
manera a formar con el meridiano horizontal un ángulo de 45° . Se le hace penetrar en la esclerótica
a una *millímetro* del borde externo de la cornea, sin cam-
biar su dirección; el *cuchillo* desliza al traves de la *cavidad*

anterior hasta el punto opuesto para hacer allí la com-
mún-función, de tal suerte que la punta aparezca en la es-
clerótica, a un milímetro o un poco menos, mas alta del
borde de la cornea. El cuchillo es entonces avanzado has-
ta tanto lejos para que retirándolo la incisión sea termi-
nada: concluida esta se deja caer el párpado superior.

El segundo tiempo consistió en la desgarradura
cuidadosa de la cristaloides.

Para el tercer tiempo se sirve de la cureta
apoyándola ligeramente sobre la parte inferior del bor-
de de la cornea, mientras que el índice de la mano iz-
quierda que sujeta el párpado superior, opera a través
del párpado, sobre el punto más elevado de la cornea, ma-
nabla presión. Por este medio se imprime al cristalino

una ligera rotación; su borde inferior se avanza de la manera ya indicada ^{contra} la cara posterior del iris, empujando este hacia adelante, desliza por aquella cara hasta el borde de la pupila, supera el obstáculo del esfínter y se introduce en fin libremente en la herida que es ya naturalmente abierta por la aplicación de la eucharis. Una ligera presión dada por el movimiento del índice de la mano izquierda, que desliza el párpado superior de arriba hacia abajo sobre la córnea, hasta entonces para completar la salida del cristalino.

Este mismo movimiento del párpado es también empleado para lanzar las bridas de sustancia cortical que pueden haber quedado, después de haber hecho pasar estas bridas de detras del iris, por medio de un ligero frote

le efectuado sobre el profundo resaca.

Si se encuentran que la pupila no aparece redonda, sino que su borde parece encajado en la herida, se le vuelve a su posición por un movimiento del párpado inferior hacia arriba, o si esto no basta, por la introducción de la cureta.

Se instilan en seguida algunas gotas de atropina y se cierran los ojos con un vendaje.

El autor entra en largas consideraciones sobre las ventajas de su método que, resumiendo las explicaciones del modo siguiente:

Es el más simple y menos doloroso.

Es el más fácil de ejecutar.

de mayor precisión y seguridad en la herida.

Exige necesidad de menor severidad convalescente.