

coma, la practicó como auxiliar de la extracción del cristalino, creando con ella la operación denominada *extracción lineal simple con iridectomía*. A pesar de esta escisión, todavía era frecuentemente trabajosa la extracción del cristalino; por esto Schuft (Waldau), su auxiliar, ideó una cucharilla que pudiese ser intro-

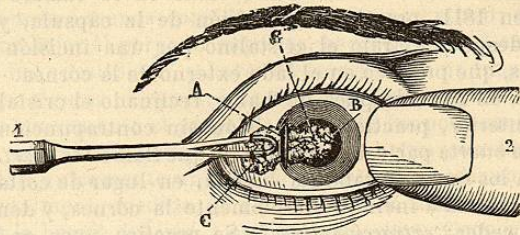


FIG. 435

Extracción lineal.—A, herida de la córnea.—B, pupila que empieza á recobrar su color negro.—C, catarata que se encuentra en parte fuera del ojo y en parte en la pupila.—1, cucharilla —2, dedo del operador haciendo suave presión sobre el ojo

ducida detrás del cristalino (fig. 436). En 1862, Kooren practicó la operación en dos tiempos, es decir, la iridectomía quince días antes de la extracción. No obstante, la frecuencia de las iritis y la deformidad que resulta de una iridectomía practicada en el lado

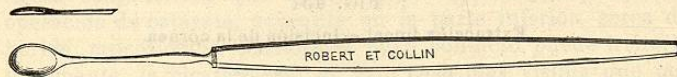


Fig. 436

Cucharilla de Waldau

externo del ojo, hicieron abandonar bien pronto la extracción lineal simple con iridectomía.

En 1864, Critchett y Bowmann reprodujeron esta operación en Inglaterra. En vez de practicar la incisión en el lado externo, la practicaron en la parte superior, valiéndose para ello de un ancho cuchillo triangular encorvado de manera que el reborde superior de la órbita no pudiese dificultar su libre acción, y Critchett, además, modificó la cucharilla de Schuft disminuyendo su volumen para aumentar su eficacia (fig. 437).

Como que la iridectomía se operaba únicamente en la parte superior, la deformidad por ella resultante quedaba oculta debajo

del párpado superior, con lo cual se evitaba uno de los más serios inconvenientes de la extracción lineal. Así es que, cuando en 1866 Critchett expuso su procedimiento ante el Congreso oftalmológico de Heidelberg, fué adoptado por muchos cirujanos y en particular



FIG. 437

CUCHARITA DE CRITCHETT

A, vista de frente.—B, sección

por Von Græfe, después que hubo estudiado en Londres sus resultados. No obstante, bien pronto este mismo cirujano modificó este procedimiento, haciendo caer la sección, no ya sobre la córnea, sino sobre la esclerótica, proceder que denominó *extracción lineal modificada*.

C.—Extracción lineal modificada

Los instrumentos que se necesitan para practicar la operación de Von Græfe no son los mismos que se emplean en la operación de Daviel. El cuchillo triangular de Beer es sustituido por otro de hoja estrecha, cuyo dorso y filo corren paralelos entre sí casi en toda su extensión (fig. 438). Se necesitan, además, pinzas y tijeras



FIG. 438

Cucharilla de Græfe

de iridectomía, puesto que la escisión del iris es uno de los tiempos obligados de la operación. Hé aquí cómo se practica. Separados los párpados é inmovilizado el ojo por la pinza fijatriz, el cirujano practica una punción á 1 milímetro y medio del borde de la córnea, y á 2 milímetros por debajo de la tangente que corresponde al vértice de esta misma membrana (fig. 439).

El cuchillo penetra en dirección oblicua hacia abajo y adentro (fig. 440, A, C), pero cuando la punta se encuentra más allá del centro de la pupila, se hace descender el mango hasta que aquélla se encuentre al mismo nivel que el talón del instrumento, y en

este instante se practica la contrapunción directamente enfrente de la punción (fig. 440, A, B). El cuchillo corta entonces la esclerótica, gracias á un movimiento de sierra que se le comunica, resultando en esta membrana una incisión, no absolutamente rectilínea sino ligeramente curva de concavidad inferior (fig. 441).

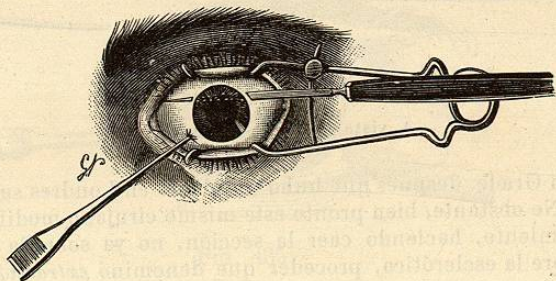


FIG. 439

Extracción lineal modificada

Desde el momento que el cuchillo ha dividido todo el espesor de la esclerótica, en el centro de la incisión queda la conjuntiva sobre el filo del instrumento, y para dividirla será útil inclinar la hoja todo lo posible hacia adelante, á fin de disminuir la extensión del colgajo conjuntival que se adhiere á la córnea.

Hecho esto, se introduce por la abertura resultante una pinza de

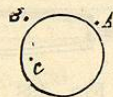


FIG. 440

EXTRACCIÓN LINEAL

A, punción.—B, contrapunción.—C, dirección del cuchillo desde A hacia C antes de la contrapunción

iridectomía para coger el iris, si bien que frecuentemente viene á formar hernia á través de los labios de la incisión. Con las tijeras propias, curvas por el plano, se incide la porción de iris conveniente, pero tomando las precauciones que indicaremos al hablar de la iridectomía, á fin de evitar el enclavamiento del iris entre los labios de la incisión. Se procede entonces á la abertura de la cápsula del cristalino del mismo modo que en los demás procedi-

mientos, procurando en este caso que aquella sea todo lo ancho posible. Falta únicamente provocar la salida del cristalino. Para esto, se comprime la parte inferior de la córnea con el mango del cuchillo, ó, mejor aún, con el dorso de la cucharilla, con lo cual pronto se coloca entre los labios de la herida de la esclerótica; se facilita su expulsión deslizando hacia arriba el instrumento compresor á medida que la lente va saliendo. Muchas veces quedan

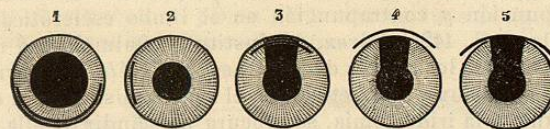


FIG. 441

INCISIÓN DE LA CÓRNEA EN LOS PROCEDIMIENTOS DE EXTRACCIÓN

1, Daviel.—2, extracción lineal de Jøeger.—3, extracción lineal de Critchett.—4, extracción lineal modificada de Græfe.—5, Wecker

pequeñas porciones de sustancia cortical en el campo pupilar; en este caso, se procurará expulsarlas á beneficio de suaves presiones, pero si esto no fuese suficiente por ser algo considerables los fragmentos, sería necesario acudir á su extracción con la cucharilla.

La operación de Von Græfe la adoptaron rápidamente la infinita mayoría de los oftalmólogos, y se proclamó como una conquista

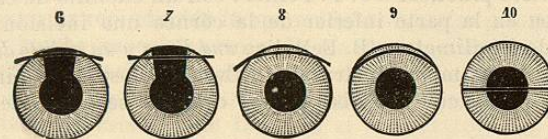


FIG. 442

INCISIÓN DE LA CÓRNEA EN LOS PROCEDIMIENTOS DE EXTRACCIÓN

6, Critchett.—7, Warlomont.—8, Liebreich.—9, Lebrun.—10, Kuchler

admirable; *únicamente* que para disminuir algunos inconvenientes que ofrece, y de los cuales nos ocuparemos más adelante, se le ha añadido la modificación introducida por Von Græfe en la operación de Daviel, de manera que no queda casi nada de esta operación, que ha sido tan alabada en estos últimos tiempos; lo cual no impide, sin embargo, que la mayor parte de los oftalmólogos continúen concediéndole el nombre de operaciones de Von Græfe.

La extracción lineal modificada de Von Græfe se diferencia de la operación de Daviel por dos particularidades principales: la incisión que se practica en la esclerótica, y la iridectomía, que es obligatoria. En lo sucesivo, y de un modo gradual, la incisión de la córnea ha reemplazado á la de la esclerótica; *Wecher* hace llegar la convexidad de la incisión al vértice de la córnea; *Critchett*, *Arlt* y *Liebreich* la practican en la córnea misma; *Warlomont* la aproxima aún más al centro, pero su incisión es rectilínea. Todos practican la punción y contrapunción en el limbo esclerótico de la córnea (figs. 441, 442). *Lebrun*, del Instituto oftalmológico de Brabant, no traspasa los límites de la córnea; y *Kuchler* (de Darmstadt) y *Notta* (de Lisieux), la practican en el centro mismo de la córnea.

En cuanto á la iridectomía, se procura prescindir de ella; y uno de los que mejor la evitan es indudablemente *Liebreich*, quien parece que se aproxima de nuevo al procedimiento de Daviel, pretendiendo, no obstante, que pone en práctica el método alemán. Más adelante volveremos sobre este punto (véase *Apreciación*).

VI.— Evacuación

Denomínase así una operación únicamente aplicable á las cataratas líquidas y que para estos casos parece haber sido conocida de los antiguos. Consiste únicamente en procurar salida al líquido puncionando la córnea y la cápsula del cristalino. B. Bell afirma haberlo visto practicar á J. F. Pellier: con un cuchillo de catarata, practicaba en la parte inferior de la córnea una incisión que no excedía de 3 milímetros (B. Bell dice *una línea y un quinto de línea*); con la punta del mismo instrumento abría la cápsula, y retirándolo con toda precaución, dejaba que la catarata se evacuase por sí misma.

VII.— Aspiración

El método de la evacuación debía originar naturalmente la idea de la succión. Este nuevo medio de extraer la catarata se remonta á los tiempos de Antillus, quien, al parecer, lo comunicó á los árabes; modernamente ha sido rehabilitado por Laugier.

Procedimiento de Laugier.—Este cirujano se servía de un instrumento terminado como una aguja de catarata, con el cual atravesaba la esclerótica y deprimía, en caso necesario, el núcleo duro

del cristalino como se hace en la depresión ordinaria. El cuerpo de esta aguja es hueco, forma un conducto que por un extremo termina en la concavidad de la aguja y por el otro en el cuerpo de bomba que representa el mango. En este cuerpo de bomba se aloja un pistón, que se mueve á beneficio de un resorte dispuesto de manera que, con él, el cirujano puede graduar á voluntad el movimiento. Una palanca situada en el mango en el punto en que corresponde colocar el pulgar de la mano que lleva la aguja, permite dar movimiento al pistón sin perder de vista la aguja introducida en la cápsula del cristalino (fig. 443).



FIG. 443

Aguja de bomba de Laugier

El procedimiento es de los más sencillos. El cirujano introduce este instrumento en la cápsula del cristalino como si operase con la aguja ordinaria. Al llegar á este punto, comprime la palanca que mueve el pistón, y el aparato aspira las capas blandas que forman el todo ó una parte de la catarata. Si la primera aspiración no ha extraído todo lo posible, se repetirá la presión sobre la palanca; y si, después de haber aspirado toda la porción semilíquida, queda un núcleo, se practica la depresión como de ordinario.

Bowmann ha reproducido la operación de Laugier practicándola con una bomba especial terminada no por una aguja, sino por una especie de cánula cuyo pico aplanado se parece á una cucharilla. Teale, de *London ophthalmic hospital*, se sirve de un simple tubo afilado de cristal que lleva en el otro extremo un tubo de caucho; la aspiración se practica con la boca.

APRECIACIÓN DE LOS DIVERSOS MÉTODOS DE OPERACIÓN DE LA CATARATA

De los cinco métodos operatorios para la catarata podemos desde luego eliminar dos: la evacuación y la succión.

La *evacuación* no es más que una variedad de la extracción lineal simple practicada por una catarata líquida ó muy blanda. La *succión* debe considerarse únicamente como un procedimiento aplicable á la catarata líquida; pero por otra parte, es extraordinariamente raro encontrar cataratas tan líquidas, que sea posible

aspirarlas por un tubo casi capilar, y aunque esto pudiera ser, quedaría siempre en pie la dificultad, casi absoluta, de diagnosticarlas. No he visto practicar semejante operación más que una sola vez á Laugier, y además de que apenas se pudo extraer nada, sobrevino la supuración total del globo del ojo.

La *discisión de la cápsula* es únicamente aplicable á casos determinados. No es aplicable al tratamiento de las cataratas duras de los viejos; es, por el contrario, muy aplicable á las cataratas congénitas, sobre todo en las edades de la adolescencia y juventud, y á las cataratas traumáticas. Cuando se crea del caso recurrir á ella, se procurará que la abertura de la cápsula no sea excesivamente extensa, puesto que el contacto del humor acuoso aumenta el volumen de la sustancia del cristalino, y si la superficie descubierta fuese muy considerable, este excesivo aumento de volumen podría aumentar en grado peligroso la presión intra-ocular. Antes que exponerse á esto, será preferible repetir las veces que necesario fuese esta operación, que, por otra parte, no ofrece de por sí peligro alguno.

La *extracción lineal simple* tampoco es aplicable más que á las cataratas blandas, pero, para esta variedad de cataratas, la discisión es preferible; sin embargo aquella operación será de la mayor utilidad en aquellos casos en que, después de la discisión, algunos fragmentos de la lente hayan caído ó tiendan á caer en la cámara anterior.

Depresión.—Llegamos con esto á una cuestión muy discutida y que hoy día parece estar resuelta. ¿La extracción es preferible á la depresión? En el siglo XVIII la Academia de Cirugía había adoptado la extracción; pero á principios del siglo XIX, Scarpa y Dupuytren dieron la preferencia á la depresión ó hicieron prevalecer este método en la práctica general. Los discípulos de Dupuytren siguieron el ejemplo de su maestro; Laugier, Jobert y Velpeau, apenas operaron de otro modo que por la depresión. Los oftalmólogos alemanes rehabilitaron, por el contrario, la extracción, y hoy día este método es el único empleado en toda Europa; al paso que la depresión, desechada por la generalidad de los cirujanos, es apellidada *procedimiento de los cirujanos poco diestros*. Parecerá por consiguiente inútil proseguir haciendo el paralelo entre los dos métodos y en efecto, si este libro estuviese destinado únicamente á los oftalmólogos, esta cuestión quedaría fácilmente resuelta diciendo: la depresión debe ser abandonada, porque, en manos de los cirujanos dedicados á la práctica de la oftalmología, da peores resultados que la extracción.

Pero no debemos examinar la cuestión bajo este punto de vista,

porque este libro está dedicado á todos los cirujanos, y por consiguiente á aquellos que únicamente tendrán ocasión de practicar esta operación quizás una ó dos veces al año, y no, como los especialistas, muchas veces por semana. Además, aun tratándose de cirujanos á los cuales no es aplicable el epíteto de *poco diestros*, es preciso reconocer que la operación de la extracción exige una destreza y una seguridad en la mano que opera, que sólo por el hábito es posible adquirirla y conservarla. Una operación de extracción, sea cual fuere el proceder empleado, expone á un mal resultado completo, á la pérdida total del ojo por salida del humor vítreo ó por inflamación y supuración. La depresión, además de que es mucho más fácil, expone mucho menos á tales accidentes. Este proceder tiene el inconveniente de que la presencia del cristalino, rechazado detrás del iris, puede acarrear ulteriormente una alteración de las membranas profundas del ojo; además, el cristalino deprimido puede ascender nuevamente, siendo así que, por el contrario, algunos días después de curados los efectos inmediatos de una operación por extracción todo peligro ha desaparecido. Con todo sería una verdadera exageración establecer una diferencia muy considerable entre los resultados que se alcanzan en la práctica de los dos métodos. No existen estadísticas comparativas recientes, porque todos los oftalmólogos de nuestros días han abandonado por completo la depresión; pero Sichel (padre), que empleaba las dos operaciones, nos proporciona, referentes á su época, términos de comparación. En 9 años, de 234 operaciones de depresión y dislaceración, resultaron 167 curaciones, 43 semicuraciones y 24 casos sin resultado. En 780 operaciones de extracción, hubo 616 curaciones, 71 semicuraciones, 93 casos sin resultado. La proporción de las curaciones resultó ser, para los primeros dos métodos, de 70 por 100, y para el último, de 79. Como se ve, la diferencia no es mucha, siendo así que Sichel, operador hábil y que operaba todos los días, no es de suponer que practicara mal una sola de las operaciones de extracción, como acontecería indudablemente á muchos médicos. Añadamos, sin embargo, que la depresión ha quedado tal cual era antiguamente, mientras que los procedimientos de extracción han sufrido distintas modificaciones, que hacen mucho más constantes los resultados por ella obtenidos.

En resumen, si hemos de juzgar á la operación de por sí haciendo abstracción del operador, diremos que la depresión debe ser abandonada por la extracción; *por mi parte, jamás he empleado otro método* que éste á pesar de que he visto practicar á todos los maestros de mi juventud, y no sin resultado, la depresión. Pero, teniendo en cuenta todos los datos del problema que tratamos de resolver, diré al práctico que rara vez tenga ocasión de practicar la operación

de la catarata: si no tenéis absoluta confianza en vuestra destreza manual y no obstante las necesidades de la profesión os obligan á operar una catarata, escoged la depresión antes que la extracción. La primera podrá dejar de curar á vuestro enfermo, ó curarlo incompletamente; pero en la extracción, si estáis algo desgraciado en el manual operatorio, es muy probable la pérdida completa del ojo.

Extracción.—¿De todos los procedimientos de extracción, cuál es el preferible? ¿Debemos adoptar el método alemán, que permite la iridectomía, ó conservar el método de Daviel, que la rechaza? Para resolver este punto, muchas son las cuestiones que conviene examinar, y en primer término la que atañe á la iridectomía. En 1864, cuando yo asistía en Berlín á la clínica de Von Græfe, la iridectomía tenía por objeto prevenir el desarrollo de los accidentes inflamatorios; más tarde se limitó á recurrir á ella para facilitar la salida del cristalino.

La iridectomía es una complicación operatoria que en la mayoría de los casos no ofrece más que inconvenientes, que no vienen compensados por ventaja alguna; al contrario, deja una deformidad. Por punto general, la rechazo, pero por esto no dejo de reconocer el inmenso servicio que nos ha prestado Von Græfe, demostrando que esta sección del iris no tiene los inconvenientes que se le atribuían 40 años atrás; por consiguiente, si el iris, impulsado por el cristalino, viene á formar hernia al exterior y se considera probable que quede enclavado entre los labios de la herida, sin la menor vacilación se procederá á practicar la iridectomía. Además, se encuentran enfermos en los cuales la atropina no dilata suficientemente la pupila; en éstos, es casi seguro que el cristalino no dilatará mecánicamente la abertura pupilar; por lo cual, antes de abrir la cápsula, será indispensable escindir el iris. En una palabra, la iridectomía puede estar indicada en la operación de la extracción, pero no debe practicarse siempre, ni mucho menos.

¿Cuál es la incisión preferible? La esclerotical de Von Græfe y la córnea transversa de Kuchler, por corresponder á los círculos mayores de la esfera, tienen, según se dice, la ventaja de dejar una abertura todo lo ancha posible, sus bordes se adaptan admirablemente y la incisión se cierra por sí misma. Todo estaría en lo cierto mirado geoméricamente, y sería también una realidad en la clínica, si el cristalino fuese un disco plano; pero el cristalino es una lente que con dificultad podrá pasar por un ojal largo y estrecho, de bordes rígidos y como cortantes; mientras que, en la operación de Daviel, el colgajo de la córnea se levanta á manera de opérculo y ofrece al cristalino un plano inclinado cóncavo por detrás que se acomoda á la forma de la lente. Esto explica cómo en la extracción lineal modificada el cristalino, aplanándose al pasar por una

hendidura esclerotical ó esclero-corneana, deja tan frecuentemente sus capas corticales más periféricas, que después se hace necesario expulsarlas por suaves presiones, ó tal vez sea preciso extraerlas con la cucharilla. No queriendo abandonar un método por el cual se ha mostrado un entusiasmo casi religioso, y teniendo por este motivo la pretensión de continuar el método alemán, paulatinamente se ha aproximado la incisión á la córnea y á la practicada por Daviel. Si la incisión de Daviel ó á gran colgajo es la que facilita mejor la salida del cristalino, su mucha extensión compromete demasiadas veces la vitalidad de la córnea, y el colgajo en muchos casos se adapta imperfectamente á la circunferencia de esta membrana, de lo cual resultan los más serios inconvenientes. Aun así, pudiera establecerse una modificación útil á esta operación antiguamente clásica. Von Græfe, y antes que él Jacobson y Stæber de Strasburgo, han demostrado que, sin peligro alguno, se puede traspasar el borde esclerotical; de suerte que, dando á la base de la incisión mayor amplitud de la que le daba Daviel, no hay necesidad de llegar hasta el diámetro transversal del ojo, con lo cual disminuyen la altura y extensión del colgajo corneal, y por consiguiente aumentan sus condiciones de vitalidad.

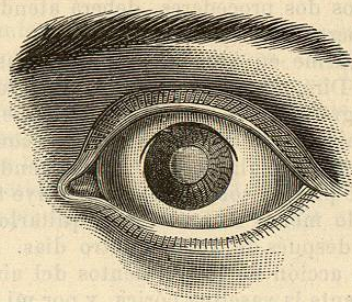


FIG. 444

Incisión de la córnea, L. Le Fort

En mi práctica, empleo una incisión análoga á la de Daviel (fig. 444), proceder que, para mí, cumple todas las indicaciones. Practico la punción y la contrapunción un poco del lado de acá del ecuador del ojo, comprendiendo el borde de la esclerótica, y practico la incisión haciendo de manera que vaya á terminar por arriba cerca de la circunferencia exterior de la córnea. Operando así, evito la incisión de la conjuntiva, y por lo mismo el caso, demasiado frecuente, de que caigan en la cámara anterior algunas

gotas de sangre en el momento de levantar el colgajo para introducir el quistotomo. Practico con deliberado propósito, y antes de abrir la cápsula, la iridectomía, únicamente en el caso de que la atropina no haya podido dilatar suficientemente la pupila; también practico esta operación cuando durante el curso de la principal, el iris ha formado hernia ó ha sido accidentalmente interesado por el filo del cuchillo,

Para cortar el colgajo ¿á cuál de los dos cuchillos daremos la preferencia, al de Græfe ó al triangular de Beer? El de Græfe se maneja más fácilmente, y en caso necesario se le puede dirigir mejor y rectificar la dirección; pero tiene en cambio el inconveniente de permitir con mucha frecuencia la evacuación del humor acuoso, y además es común ver que el iris se presenta ante el filo del instrumento. Después de haberlo empleado durante muchos años, me he decidido nuevamente por el cuchillo de Beer para operar la extracción á colgajo medio tal como la he aconsejado.

Respecto del sitio en que conviene cortar el colgajo, repetiré aquí lo que he dicho al hablar de la depresión. La queratotomía superior es indudablemente preferible, sobre todo si se atiende á la posibilidad de tener que practicar la iridectomía; es más difícil que la queratotomía inferior, y por consiguiente el cirujano, al escoger uno ú otro de estos dos procederes, deberá atender únicamente á sus condiciones personales.

No he de ocuparme en este libro de las curas consecutivas á cada operación. Diré no obstante que ha sido ya abandonada la venda de seda negra que se empleaba antiguamente. Una rodaja de tela fina impregnada de vaselina y cubierta con una almohadilla de algodón sujeta con algunas vueltas de venda de franela que ejerzan una suave presión sobre el ojo constituye toda la curación. Debe tardarse á lo menos 48 horas para quitarlo, no levantando el párpado hasta después de tres ó cuatro días. Las ideas dominantes acerca la acción de los fermentos del aire hacen que se emplee generalmente la vaselina bórica, y por mi parte no veo en ello ventaja, sino todo lo contrario. Panas llega á practicar el lavado antiséptico de la cámara anterior; puede adivinarse ya mi parecer sobre esta complicación.

VIII.—Cataratas capsulares

Este género de cataratas, que cuarenta años atrás se consideraban muy frecuentes, Malgaigne ha demostrado que son extraordinariamente raras, y lo son tanto, que se ha llegado á dudar de su existencia; por otra parte, ha demostrado también, que jamás se

las encuentra sin que vayan acompañadas de una opacidad más ó menos extensa del cristalino.

En el caso de catarata simple, es decir, sin adherencias, algunos cirujanos han aconsejado la depresión; pero esto acontecía particularmente en una época en la cual apenas se las sabía diagnosticar y se tomaban por cataratas capsulares opacidades corticales de la lente.

Creo que siempre que la cápsula está alterada es necesario extraerla, y que el procedimiento ordinario de extracción será aplicable á la mayoría de estos casos. No obstante, si se tratase de un ojo pequeño y hundido, esta operación estaría formalmente contraindicada. Quadri aplicaba en este caso lo que él llamaba un *método mixto*; es decir, con una aguja ordinaria introducida por la



FIG. 445

Aguja-pinza

esclerótica deprimía el cristalino, mientras que con otra aguja que formaba pinza introducida por la córnea, cogía la cápsula para atraerla al exterior. En vez de esta aguja, que haría en la córnea una abertura demasiado estrecha, sería preferible practicar en esta membrana una pequeña incisión y servirse de la *aguja-pinza* (figura 445) para coger la cápsula.

Si la cápsula estuviese adherida al iris, la operación sería un combinado, variable según el caso, de pupila artificial y extracción.

IX.—Cataratas secundarias

Las hay de dos clases: en unas, la cápsula queda en su sitio normal, pero adherida al iris por falsas membranas; en las otras, los fragmentos de la cápsula anterior se han retraído y se ha segregado una sustancia análoga á la del cristalino; pero en este caso la catarata ocupa la circunferencia y deja generalmente por el centro libre paso á la luz.

De todos modos siempre será indispensable extraer la cápsula ó las falsas membranas; por esto se practica una pequeña incisión en la córnea y se introduce por ella la aguja-pinza, que coge la

cápsula y la extrae al exterior; pero si la resistencia que ésta opusiera fuese muy considerable, el cirujano se limitaría á escindir con las tijeras curvas la porción que hubiese salido á través de la herida de la córnea.

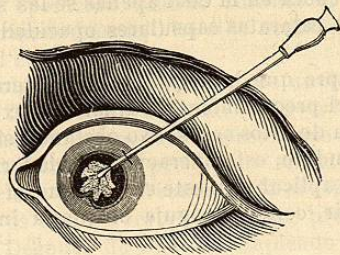


FIG. 446

La aguja-pinza introducida en la cámara anterior coge y atrae hacia afuera la catarata secundaria

Cuando las falsas membranas son muy extensas y sobre todo ofrecen considerable resistencia, podemos limitarnos á su dislocación con un ganchito, como se hace en las operaciones de la pupila artificial (fig. 447).

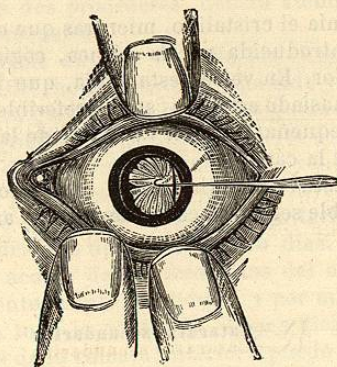


FIG. 447

Separación de las falsas membranas con el ganchito

También se ha aconsejado introducir la aguja-pinza por la esclerótica; pero este proceder es menos fácil y más peligroso.

X.—Catarata congénita

La catarata congénita es generalmente blanda y algunas veces enteramente líquida; pero con el tiempo cambia sus caracteres.

Casos se encuentran en los cuales el cristalino llega á endurecerse, y según Desmarres, esta variedad se encuentra casi siempre en niños de cinco á seis años de edad. Es más común el caso de que el cristalino disminuye sus dimensiones por efecto de la absorción, al tiempo que las dos hojas de la cápsula se ponen opacas; más tarde el cristalino acaba por desaparecer por completo, y las dos hojas de la cápsula se confunden en una sola; y como que el ojo pierde por efecto de tales alteraciones su acción, no adquiere el volumen que le corresponde, y en último resultado acaba por perder toda facultad visual. Tales fenómenos han efectuado toda esta evolución á la edad de doce años. Según Saunders, la operación practicada de los doce á los quince años no restituye más que la sensación confusa de la luz; de esto se deduce la necesidad de operar en tiempo oportuno, que, según Lawrence, es del primero al segundo mes, y, según Middlemore, del sexto al décimo octavo mes. No obstante, Desmarres afirma que ha operado á un anciano de sesenta y dos años una catarata congénita del ojo derecho, y asegura que *recobró la visión*: hubiera sido conveniente que el cirujano hubiese indicado el grado de visión que el enfermo obtuvo. Por lo demás, el ojo izquierdo había estado siempre, hasta la época de la operación, perfectamente sano.

Siendo en los niños extraordinariamente movable el ojo, muy gruesa la córnea y más aproximada al iris que en el adulto, la extracción está contraindicada, á lo menos por lo que se refiere al procedimiento ordinario. Si fuese posible conocer con entera seguridad que la catarata es líquida, se podría ensayar la evacuación por el procedimiento de Pellier; Desmarres aconseja la discisión de la cápsula; por lo general, la extracción lineal simple ó la trituration ofrecen mayor seguridad. El manual operatorio es el mismo que en el adulto, con la única circunstancia de que es necesario sujetar al niño con más cuidado. Se le coloca boca arriba sobre una tabla estrecha, en la cual se le sujeta con una venda en espiral que comprende desde los pies hasta los hombros, apretando sobre todo las rodillas y los codos, á fin de evitar el menor movimiento; en esta disposición, se le coloca sobre una cama ó mueble de altura, conveniente.

Después de los doce años de edad, como que la catarata se habrá convertido en membranosa, se la operará como tal, practicando en

la córnea una pequeña incisión, bastante para librar paso á la aguja-pinza, con la cual se atrae la catarata al exterior.

En los niños de menor edad y cuando la catarata es doble, Desmarres cree que es necesario operar los dos ojos en una misma sesión, con objeto de que los dos alcancen la misma fuerza visual y evitar al mismo tiempo el estrabismo ó la pérdida del otro ojo para la visión. Cuanto más se aproxima el momento de la operación al nacimiento, más probabilidades hay de alcanzar este objeto; pues que en niños de quince meses, y con mucho más motivo si tienen más edad, nunca se consigue restablecer la visión más que en un solo ojo, porque el otro constantemente se desvía.

En edad ya algo más avanzada, aún después de la operación de éxito más satisfactorio, se hace necesario luchar contra el hábito que tienen los niños de dirigirse más por el tacto que por la vista; es necesario educar este sentido. Dupuytren apelaba á un recurso muy sencillo: sujetaba las manos del niño á la espalda, con lo cual, quitándole el auxilio de un sentido, le obligaba á ejercitar el otro.

ARTÍCULO VI

DE LA FORMACIÓN DE UNA PUPILA ARTIFICIAL

Anatomía quirúrgica.—El iris, extendido á manera de velo entre la córnea y el cristalino, dista unos 2 milímetros del centro de la primera, pero en su circunferencia está en contacto con ella. Por detrás, está contiguo á la cápsula del cristalino, de manera que es difícil no lesionar ésta cuando se opera en el iris, aunque sea por su cara anterior, y la lesión es inevitable cuando se trata de obrar por la posterior. Finalmente, el iris está contiguo por su circunferencia mayor al círculo ciliar y á los procesos ciliares.

La operación de la pupila artificial se practica cuando está obliterada congénita ó accidentalmente esta abertura, y también cuando una opacidad central de la córnea impide que la luz atraviese la pupila ordinaria. En tales casos, se practica una abertura en el iris, ya por simple división, ya desprendiéndolo de su circunferencia, ya atrayendo y manteniendo una porción de su tejido al exterior, *enclavamiento*, ó por escisión.

Finalmente, desde 1856, la escisión del iris ó iridectomía se ha aplicado á la curación de una enfermedad del ojo de naturaleza no bien definida, el glaucoma agudo, y además constituye para muchos oculistas uno de los tiempos de la operación de la catarata.

Para operar la pupila artificial, se colocará el enfermo como para la operación de la catarata; se separarán los párpados con el oftalmostato y se inmovilizará el ojo con las pinzas de fijación.

PRIMER MÉTODO. DIVISIÓN DEL IRIS Ó IRIDOTOMÍA.—Cheselden se servía de una aguja más ancha que la de catarata y que únicamente tenía filo en un lado. Introducía este instrumento por la esclerótica, y á 1 milímetro del reborde de la córnea transparente hasta atravesar casi toda la cámara posterior; al llegar á los dos tercios de ésta y en la parte posterior del iris, volvía la punta del instrumento contra esta membrana y la dividía transversalmente, haciendo de manera que, al retirar el instrumento, resultase una incisión horizontal que debía producir una pupila oblonga más abierta en el centro que en los extremos, semejante, pero en sentido contrario, á la de los gatos (Morand).

Sharp ha modificado el procedimiento de Cheselden introduciendo el instrumento de atrás á delante en la cámara posterior, para incidir el iris de delante atrás.

Janin abría la córnea con el cuchillo, atravesaba el iris con la punta de una de las ramas de unas tijeras curvas y finas é incidía el iris.

Wenzel operaba del mismo modo, pero para la incisión, en vez del cuchillo, empleaba las tijeras.

La incisión con la aguja es á veces muy difícil, porque, siendo el iris flácido y flotante, huye delante del instrumento, y antes que dejarse dividir por el filo se desgarrar por la presión. De ahí que un resultado primitivamente accidental haya podido elevarse á la categoría de procedimiento; y en efecto, un desgarro simple es casi equivalente á una incisión; y un desgarro á colgajo, á una incisión en V ó semicircular. Laugier, en un caso de oclusión del iris después de la extracción de la catarata, dividió la córnea, aplicó la aguja en el sitio normal de la pupila y practicó en él un agujero por desgarro; el resultado fué excelente.

SEGUNDO MÉTODO. DESPRENDIMIENTO Ó IRIDODIALISIS.—Scarpa practicaba el desprendimiento simple; pero después se ha asociado este medio á la incisión, y, como diremos más adelante, al enclavamiento y á la escisión.

1.º *Desprendimiento simple. Procedimiento de Scarpa.*—Se introduce la aguja de catarata á través de la esclerótica, como se hace para la depresión, y se la conduce hasta la parte superior é interna del iris, cerca del ligamento ciliar; en este momento, se dirige la punta del instrumento hacia adelante, se atraviesa el borde del iris, haciendo de manera que la punta apenas penetre en la cámara