

de reposo, levantar el párpado superior; introducir por la abertura el quistitomo con el corte hacia arriba; dividir la brida; cerrar el ojo levantando el párpado superior para no volver el colgajo al revés.

Tercer tiempo: Salida del cristalino. Volver al revés el párpado superior y comprimir si necesario fuese la parte inferior del globo para favorecer la salida del cristalino.

Cura: cerrar los dos ojos con bandeletas aglutinantes.

Nota. — a. — En las cataratas blandas ó traumáticas, extracción lineal simple, sin excisión del iris.

b. — En las corticales incompletas de los jóvenes divisione previa dos ó tres veces en el transcurso de dos meses, y en seguida extracción lineal.

ACCIDENTES. — 1.º *Salida del humor acuoso:* Empujar aprisa el cuchillo hasta la contrapunción.

2.º *El iris se coloca debajo del cuchillo y se hernia:* En este caso hacerle entrar con la pulpa del índice ó con el dorso de la cucharilla; si esta tentación no tuviese éxito, cortar el colgajo del iris.

B. MÉTODO DE GRAEFE (*extracción lineal modificada.* — Excelente método. No expone, como la queratotomía superior, á la inflamación y á la supuración de la córnea.

Primer tiempo. — Acostar el paciente; colocar el blefarostato; fijar el globo ocular con unas pinzas en un punto diametralmente opuesto á aquel en que se practica la punción. Hacer esta con el cuchillo de Graefe (*fig. 46*), el corte dirigido hacia ar-



Fig. 46. — Cuchillo de Graefe.

riba, á 2 milímetros de la córnea, en la esclerótica. El cuchillo penetra en A (*fig. 47*), sigue la dirección de C y sale en B. Dirigir el corte hacia adelante, y con un movimiento de vaiven se corta la parte comprendida entre la punción y la contrapunción.



Fig. 47. — Extracción lineal modificada.



Fig. 48.

ria en la herida; se le atrae suavemente hacia adelante y se le corta con unas tijeras curvas pequeñas, en dos tiempos ó cortes, primero en el ángulo externo, luego en el interno de la herida.

Segundo tiempo. — Concluida la incisión, el iris hace hernia en la herida;

Tercer tiempo. — Discisión de la cápsula con el quistotomo introducido en la cámara anterior; la discisión debe ser paralela á la abertura corneal; practicar inmediatamente una segunda incisión, formando una cruz con la primera ¹ y facilitar así la salida del cristalino. — Separar las pinzas y el blefarostato y dejar reposar el enfermo durante algunos momentos.

Cuarto tiempo. — Con la pulpa del pulgar izquierdo deslizar el párpado superior hacia arriba y apoyar suavemente, á través del párpado sobre el globo del ojo: deprimir al mismo tiempo el borde esclerótico con la cucharilla ¹. A medida que la presión aumenta, el cristalino se separa y se presenta en la herida, por donde se escapa. A veces esta evacuación es favorecida apo-

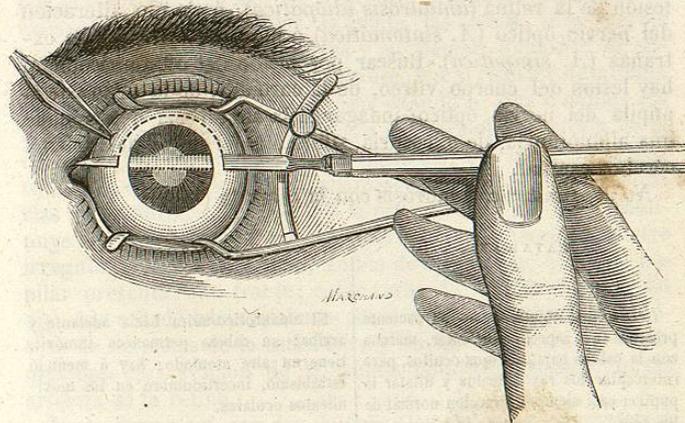


Fig. 49. — Operación de Graefe modificada.

yando la cucharilla sobre el cristalino. — Dejar reposar el ojo durante algunos minutos, entreabrir la herida con la cucharilla, y deslizar el párpado superior sobre la superficie de la córnea para hacer evacuar los restos de capas corticales. (Arlt se muestra siempre muy escrupuloso y recomienda una atención especial en la buena colocación de los bordes de la herida, esperando, si hay demasiado sangre, á que esta se coagule para se-

1. El profesor Arlt (de Viena) practica las dos incisiones en forma de V.
2. Arlt se contenta, después de deslizar el párpado para poner la herida á descubierto, con apoyar la cucharilla sobre el borde pupilar inferior. De ese modo, el cristalino sirve de intermedio á la presión. El cuerpo vítreo, rechazado hacia atrás y encontrando ménos resistencia del lado de la herida, hace que el cristalino asome al borde de esta. El mecanismo es más rápido. (Notas del Trad.)

pararla con pinzas, y así que los bordes estén completamente limpios, colocarlos con el dorso y borde de la cucharilla: toma luego el párpado por su borde, lo separa del globo tirándolo al mismo tiempo hácia el inferior, de suerte que el acto de cerrar el ojo no puede hacer que el párpado roce los bordes de la herida y los separe. Esta es la razon de la belleza de las cicatrices obtenidas por este profesor, el cual opera y hace que el enfermo permanezca en su cama. (*El traductor.*)

Curacion: Compresas, hilas, bandeletas en ambos ojos. Renovar cada 24 horas.

189. **Amaurósís, ambliopía.** — Debilidad ó pérdida de la vista sin obstáculo á la entrada de rayos luminosos hasta el fondo del ojo; sea que esta pérdida de la vista dependa de una lesion de la retina (*amaurósís idiopática*); ó de una alteracion del nervio óptico (*A. sintomática*) ó bien aun de lesiones extrañas (*A. simpática*). Buscar por medio del oftalmoscopio si hay lesion del cuerpo vitreo, de la corioidea, de la retina de la pupila del nervio óptico; indagar si la amaurosís depende de una albuminuria, de glicosuria, sífilis ó enfermedad del sistema cérebro-espinal.

No confundir la amaurosís con la catarata (188).

CATARATA.

1.º *Signos objetivos.* — El paciente presenta un aspecto particular, marcha con la cabeza baja, los ojos ocultos, para interceptar los rayos de luz y dilatar la pupila; casi siempre direccion normal de los ojos.

El iris se dilata y se contrae bien; la belladona ejerce una accion pronta sobre él.

Una bujía colocada en frente del ojo (proceder de Sanson) se refleja sobre él, y orma tres imágenes: una derecha anterior, debida á la córnea; una media invertida, formada por la cara posterior del cristalino; una derecha posterior, debida á la cara anterior del cristalino. Si una ú otra de estas dos últimas falta, habrá catarata.

Dirigiendo la luz oblicuamente sobre el ojo descúbrense las opacidades (signo patognomónico).

2.º *Signos subjetivos.* — La vista se pierde poco á poco; el paciente ve una nube, una bruma, una gasa, interpuestas

AMAUROSIS.

El amaurótico mira hácia adelante y arriba; su cabeza permanece inmóvil, tiene un aire atontado; hay á menudo estrabismo, incertidumbre en los movimientos oculares.

Pupila dilatada y perezosa; la belladona no obra sino lentamente sobre ella.

En general, las tres imágenes permanecen intactas.

Ausencia completa de opacidad, á veces color amarillento, pero sin intercepcion de los rayos luminosos.

2.º La amaurosís á menudo ataca bruscamente; en vez de nubes, fórmanse unas manchas negras que el enfermo ve; en la

entre su ojo y los objetos. La alteracion de la vista está en relacion con la extension de la opacidad.

El cataratoso ve mejor en la oscuridad.

Los objetos alumbrados le parecen oscurecidos y turbios. No es raro de observar una diplopia monocular.

Dolores orbitarios y peri-orbitarios de poca intensidad.

oscuridad, estas manchas se vuelven luminosas.

El amaurótico busca la claridad.

Los objetos iluminados aparecen con los colores del iris, quebrados, resplandecientes. La diplopia monocular es rara.

Los dolores son frecuentes en la amaurosís ¹.

190. **Coroidítis.** — *Varietades*: — I. *Serosa*; — II. *Plástica*; — III. *Atrófica*.

I. *Coroiditis serosa* ó *glancomatosa* ó *Glaucoma.* — *Síntomas.* — Una especie de niebla cubre los objetos contemplados por el enfermo; dolores en la órbita, gravativos y punzantes, extendiéndose á las mejillas, la frente, las sienas, más fuertes por la noche que por la mañana y en tiempo húmedo; el enfermo ve una especie de círculos de arco iris al rededor de la llama de una bugía, que no desaparecen cuando se lava ó enjuga los ojos. Dureza del ojo como una bola de mármol. Anestesia de la córnea y desprendimiento de su epitelium, que la hace aparecer como empañada: acceso de inflamacion aguda, repitiéndose varias veces durante el curso de la enfermedad. La vista disminuye con cada nueva crisis; la pupila se mueve ménos, se vuelve irregular y dilatada; el iris cambia de coloracion, el borde pupilar presenta una franja; color verde de mar en el fondo del ojo; iris echado hácia adelante por el cristalino; dilatacion varicosa de los vasos de la esclerótica y de la conjuntiva. Al oftalmoscopio: excavacion de la papilla óptica y pulsacion de las arterias de la retina.

En la *forma crónica*, los dolores y los síntomas inflamatorios pueden faltar completamente.

A consecuencia de un glaucoma crónico que ha durado mucho se declara una catarata.

No confundirlo con amaurosis (189), ni con la catarata (188).

TRATAMIENTO. — Paracentésis de la cámara anterior del ojo, medio ineficaz. Iridectomia (ver 196, 2.º).

II. *Coroiditis plástica* ó *indocoroiditis.* — Comienza á menudo por el iris é invade despues á la corioidea; otras veces, al contrario, comienza por la corioidea y no ataca sino más tarde el iris. En ambos casos hay signos de iritis antigua ó reciente, si-nequias posteriores, exsudaciones pupilares; convexidad proeminente del iris hácia adelante; cámara anterior más pequeña; el humor acuoso se vuelve verdoso, la córnea se empaña y los

1. Valleix, *Guía del Médico práctico*, 5.ª edic., 1866, t. V, pág. 839.

vasos subconjuntivales se inyectan. Dolores periorbitarios, lagrimeo, pérdida de la vista, imposibilidad de alumbrar el fondo del ojo, y ordinariamente desaparición de los fosfenos. El ojo se atrofia al cabo de cierto tiempo y se reblandece.

TRATAMIENTO. — Atropina, preparaciones mercuriales y operación de *idorhexis* (196, 1.º). (Desmarres.)

En esta forma de coroiditis debe colocarse la que se desarrolla bajo el influjo de la sífilis ó *coroiditis sífilítica*.

III. *Coroiditis atrófica*. — *Primera forma*. — Estafiloma posterior ó esclero-coroiditis posterior. La papilla se presenta como una nube y hay á menudo copos muy finos, como una tela de araña nadando en el cuerpo vítreo: hemeralopia y alteración de la vista, por accesos; á veces iritis y retinitis á la vez. Al lado de la papilla obsérvase una mancha blanca, brillante, en forma de media luna, que abraza la pupila y se prolonga por un vértice truncado cerca de la mancha amarilla, agrandada; vasos en la retina por delante de esta mancha; acumulación de pigmento en ciertos puntos, disminución en otros; más tarde atrofia de los vasos, deformación del ojo y ambliopia en un grado ulterior de la atrofia de la coroides.

TRATAMIENTO. — Varía con la causa.

Segunda forma. — Coroiditis atrófica diseminada, simple ó sífilítica, presentándose bajo la forma de manchas redondas blancas, rodeadas de manchas y depósito de pigmento.

No confundirlas con iritis (187), catarata (188), amaurosis (189) y coroiditis glaucomatosa (190, I).

TRATAMIENTO. — *Estado agudo*: Una ó dos sangrias; sanguijuelas en el ángulo externo del ojo; purgantes; calomelanos (0,15 en 6 dosis); tratamiento antiflogístico enérgico; hacer volver la menstruación, si hubiese suspensión (ver *amenorrea*), las hemorroides y las enfermedades de la piel ó emplear el tratamiento específico.

℥ Arseniato de potasa.....	0gr,15
Extracto de cicuta.....	4gr,00

H. s. a. 100 píldoras; 2 á 4 por día.

Si hubiese supresión de sudores, baños de vapor; azufre dorado de antimonio (0,10 á 0,50), acetato de amoniaco (1 á 10 gr. cada día).

℥ Extracto de dulcamara.....	6 gr.
Extracto de zarzaparrilla.....	5 —
Extracto de acónito.....	1 —

H. s. a. 100 píldoras; 2 á 4 por día.

En caso de necesidad tratamiento antisifilítico.

191. *Retinitis*. — SÍNTOMAS. — *Cuatro variedades*: — I, albuminúrica; — II, glicosúrica; — III, leucocitémica; — IV, sífilítica. — Reconócese sobre todo con el oftalmoscopio.

I. *R. albuminúrica*: 1.º apoplejías de la retina bajo forma lineal; 2.º placas blancas grasosas, más ó menos numerosas, ocupando el segmento posterior de la retina; 3.º infiltración serosa del nervio óptico, cubriendo la papila; simultaneidad de la

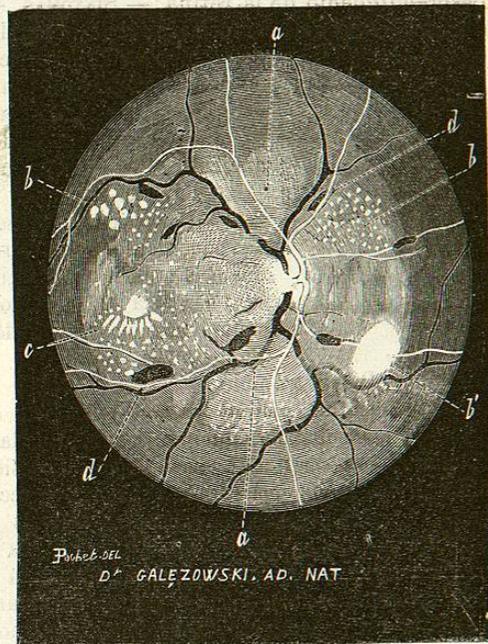


Fig. 50. — Infiltración serosa peripapilar; b, b, b, manchas blancas exudativa e, exudación característica de la mácula; d, d, hemorragias de la retina.

afección en ámbos ojos; 5.º desarrollo lento de la enfermedad; 6.º la debilidad de la vista no está en proporción con la alteración de la retina. (Galezowski.)

II. *R. glicosúrica*: Manchas apopléticas y exudativas con atrofia de la papila.

III. *R. leucocitémica*: Nada de característico. Alteración general ó infiltración blanquecina que impide el ver los vasos.

IV. *R. sífilítica*: 1.º Comienzo lento; 2.º debilidad de la visión central; 3.º otopias y chropsias; 4.º ceguera parcial ó completa para los colores (Galezowski); 5.º (al oftalmoscópio)

manchas hemorrágicas diseminadas costeano los vasos é infiltraciones perivasculares.

No confundirlas con amaurosis (189); coroiditis (190).

TRATAMIENTO. — Ver *Coroiditis*.

192. **Hemorragia de la retina.** — SÍNTOMAS. — Alteracion ó pérdida súbita de la vista; hiperemia de la retina; focos apoplécticos.

193. **Desprendimiento de la retina.** — SÍNTOMAS. — Vista alterada, incompleta, accidente repentino; abolicion de la mitad del campo visual; aparicion por detras del cristalino de una masa amarillenta, abultada, temblorosa, que corresponde al desprendimiento. Con el oftalmoscopio se ve que este tumor es oscuro, algo transparente, presentando una superficie plegada, surcada de líneas negras, *movible*, gelatinoso; ausencia del fosfeno en el punto correspondiente al desprendimiento (*fig. 51*).

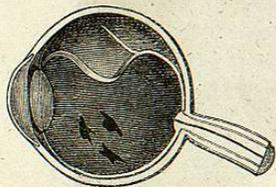


Fig. 51. — Desprendimiento de la retina.

TRATAMIENTO. — Palativo ó nulo.

194. **Enfermedades del nervio óptico.** — *Nevritis óptica*. — SÍNTOMAS. — Pupila dilatada, inmóvil; debilidad de la vista; hemiopia; alteraciones cerebrales concomitantes ú ocasionales. Con el oftalmoscopio papilla más ancha, saliente, inyecta con exudaciones: venas hinchadas, mientras las arterias disminuyen de calibre (*congestion*). En el estado crónico, los bordes de la papilla son irregulares, con franjas, atrofiados (á consecuencia de una neuritis óptica). — Color blanco, de nácar; disminucion de los capilares; arterias y venas del volúmen normal; atrofia y excavacion de la papila; bordes bien marcados (*atrofia del nervio*); disminucion de la vista; mirada vaga hácia arriba, pupila normal ó contraida.

No confundirla con amaurosis (189), coroiditis glaucomatosa (190, I), retinitis (191).

TRATAMIENTO. — Antiflogístico en el período de congestion; sintomático ó específico.

195. **Hipopion, hipema.** — SÍNTOMAS. — A consecuencia de fenómenos flegmáticos ó de accidentes nótese la presencia de pus ó de sangre en la cámara anterior del ojo.

TRATAMIENTO. — Expectacion; más tarde paracentésis de la córnea con el cuchillo de catarata.

196. **Pupila artificial.** — *Indicaciones*: 1.º Leucoma central

de la córnea; — 2.º leucoma adherente del iris; — 3.º atrecia pupilar; — 4.º hernia del iris con ausencia de la pupila; — 5.º glaucoma; — 6.º irido-coroiditis; — 7.º cuerpos extraños del iris; 8.º para facilitar la extraccion de la catarata.

Contra-indicaciones: 1.º granulaciones de la conjuntiva; — queratitis; — 2.º atrofia del ojo; estrabismo; — 3.º parálisis, insensibilidad de la retina; 4.º enfermedades del iris; — 5.º mala constitucion, linfatismo, escrofulismo.

Tres métodos: 1.º desgarramiento; 2.º excision; — 3.º cambio de sitio ó trasplacion de la pupila.

1.º *Desgarramiento (Iridorhexis)*: Separar los párpados con

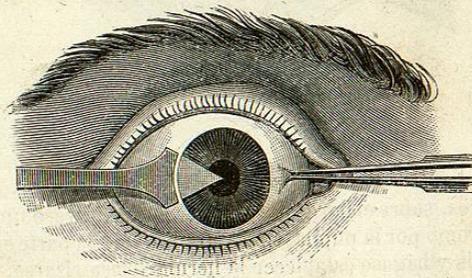


Fig. 52. — Pupila artificial; incision de la córnea.

el blefarostato ó los elevadores; fijar el ojo con unas pinzas de resorte que aprisionen la conjuntiva cerca de la córnea. 1.º tiempo: funcionar la esclerótica á un milímetro del borde de la córnea con el cuchillo lanceolar (*fig. 52*), y practicar una abertura de 4 milímetros; 2.º tiempo: introducir por la herida unas pinzas curvas cerradas, de modo que su concavidad mire hácia adelante; 3.º tiempo: apoderarse bruscamente del iris con las piernas de las pinzas; *desgarrarlo* con una traccion fuerte y traerlo rápidamente, sin sacudida, hácia afuera; 4.º tiempo: excision con las tijeras curvas (*fig. 53*) de la porcion saliente. Cerrar el ojo operado, con tafetan, durante algunos dias.

2.º *Excision ó iridectomia*. — El mismo proceder; solo que en vez de arrancar el iris de sus adherencias á la cápsula, se le toma en el borde de la herida, introduciendo con este objeto las pinzas en la cámara anterior. Es indiferente la eleccion del sitio para la excision: de Graeffe la practicaba en el lado interno, mientras que Bowman, Courssemus, prefieren hacerlo en la parte

superior. (Arlt la practica segun la indicacion: ordinariamente en el lado interno. (E.I.T.)

3.º *Tridodexis*. — Practíquese una incision pequeña, de dos

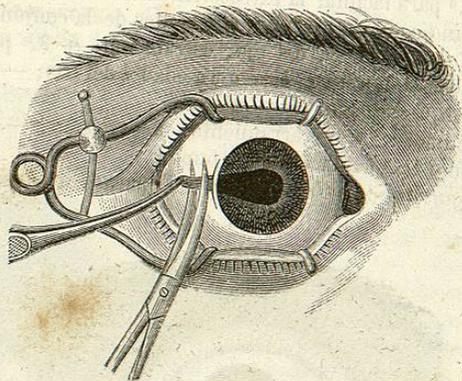


Fig. 53. — Pupila artificial; excision del iris.

milímetros, sobre el borde de la córnea; introdúzcase un pequeño gancho romo por la pupila, tírese hácia afuera la parte enganchada del iris y hágase establecer la hernia y cicatrizarse, teniendo cuidado, por espacio de dos ó tres dias, de mantener el ojo cerrado y ligeramente comprimido con un vendaje compresivo.

Contra-indicaciones: Granulaciones conjuntivales.

CAPÍTULO III

ENFERMEDADES DE LAS OREJAS Y DE LA NARIZ

SECCION I. — *Enfermedades de las orejas*. — Eczema. — Cuerpos extraños. — Otitis externa, aguda, crónica, otorrea. — Otitis interna. — Otagia. — Pólipos. — Cateterismo de la trompa de Eustaquio.

SECCION II. — *Enfermedades de la nariz*. — Lupus. — Epistaxis. — Coriza aguda, crónica, ulcerosa, sifilítica de los niños. — Pólipos.

SECCION I.

ENFERMEDADES DE LAS OREJAS.

197. *Eczema*. — Ver enfermedades de la piel (54, 55).

198. *Cuerpos extraños*. — SÍNTOMAS. — De ordinario nulos,

ó bien zumbido de oreja; dolores locales segun el objeto introducido: examinar la oreja con el espéculo oris, con ó sin el aparato reflector. A veces síntomas reflexos: vértigos, cefalalgias tenaces, accesos de tos, vómitos.

TRATAMIENTO. — Ninguna tentativa de extraccion á ménos que no se tenga la *certidumbre* de la presencia de cuerpos extraños. Si este cuerpo extraño es fusible, inyecciones fuertes de aceite ó de agua tibia ó de leche; nunca frias para evitar los vértigos y vómitos. (Prat.)

Si fuesen insectos ahogarlos ó extraerlos con pinzas fias. Si son cuerpos duros, extraerlos con pinzas, una aguja curva, un lazo de hilo de alambre, la cánula de Vidal, que consiste en una cánula aplastada recorrida por un fuerte resorte de reloj, terminado por un pequeño boton aplastado; la cucharilla articulada de Leroy d'Etiolles, las pequeñas pinzas de pólipos, las pinzas de Bonnafont (fig. 54). Tratar de aprisionar el cuerpo entre las dos piernas de las pinzas de diseccion. Grandes inyecciones repetidas con la bomba de corriente continua, ó con una fuerte geringa ó con el irrigador de Pratt (fig. 55).

199. *Acumulacion de cerúmen*. — Producidas por la inflamacion glandular. Secrecion más abundante, clara y viscosa; á veces polvos venidos del exterior vuelven más espesa esta hipersecrecion; otras veces el aire la seca y el tímpano se cubre de una costra petrosa, adherente, detras de la cual se

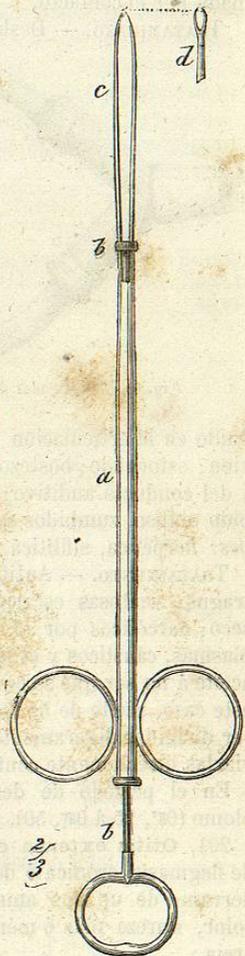


Fig. 54. — Pinzas de Bonnafont para la extraccion de los cuerpos extraños del conducto auditivo*.)

(*) a, cánula terminada por las piernas de las pinzas c, que se separan por su elasticidad; b, b, barrilla que atraviesa la cánula, y está armada con un anillo destinado á apretar los dientes de las pinzas; d, dientes de las pinzas, vistos de frente.