BREVE ESTUDIO

SOBRE LAS

CATARATAS.

TESIS

Que para el Exámen Profesional Presenta al Jurado Calificador

el Doctor,

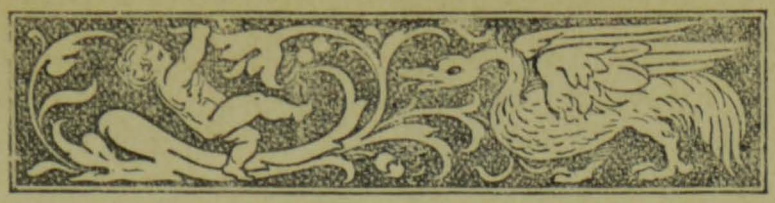
TEODORO H. SWAYNE

de la Facultad de Chicago.

MEXICO.

TIP. LITERARIA DE F. MATA.—BETLEMITAS, 8.

1895



HABIENDO estado enfermo del pecho, y por eso, obligado á vivir en un lugar de bastante altitud y clima suave, he venido á este bello país, esperando conservar mi salud, abandonando mi patria y mi clientela.

Como un médico honrado, no quiero ejercer aquí mi profesión, aunque las leyes del país me permitieran hacerlo, sin haber cumplido con todos los requisitos que son exigidos por la bien reputada Escuela Nacional de Medicina de México.

Me presento ante el jurado con la mejor buena fé y con la seguridad que mis jueces son hombres honrados y caballerosos, y que exigirán de mi los conocimientos que necesita un médico práctico, y no las pequeñas particularidades que uno sabe al tiempo de recibirse, pero que son olvidadas despues de diez años de práctica, muchas de las cuales tienen solamente una importancia teórica y no práctica. Si este trabajo que hoy presento á vdes. y los conocimientos que poseo, son bastantes para que me consideren digno del título de doctor mexicano, habré conseguido un gran honor, contándome como un miembro de una Escuela tan distinguida.

Teodoro H. Swayne.

LAS CATARATAS

Este nombre es aplicado á una opacidad de la lente del ojo, ó de su cápsula. Estas dos formas son distinguidas como lenticular ó capsular, ó en combinación, como capsulo-lenticular.

Consideraciones generales.

En la infancia, la sustancia de la lente es homogenea y blanda, pero tarde ó temprano, á veces en la niñez, cuando más tarde, á la edad de veinticinco años, la parte central comienza á hacerse más firme y más dura, formando un núcleo; mientras que la porción al derredor ó la corteza se queda blanda. La edad aumentándose, el núcleo se hace más grande, hasta en la vejez, casi el lente entero se ha puesto endurecido, la corteza habiendo sido convertida en núcleo. Esta evolución natural, en la estructura de la lente, explica, hasta cierto punto, el predominio de las cataratas blandas en los jóvenes, y la dura, casi universal, en las cataratas seniles.

En la forma de catarata lenticular, el primer síntoma subjetivo usualmente consiste en una confusión de la vista, un oscurecimiento gradualmente aumentando. Pueden ser simplemente unas manchas oscuras en el campo de la vista, que se mueven con los mo-

vimientos del ojo, en contraste con las opacidades del vitrio. Puede ser poliopia monocular, causada por el astigmatismo irregular del lente, por causa de su opacidad.

Si la opacidad está circunscrita, la vista será mejor que cuando está extendida.

Si es central, el disturbio de la vista será más grande que cuando es periférica, porque en el caso último, la parte central de la lente puede quedar clara, y la vista ser normal, la opacidad estando detras del íris. Con una opacidad central, el paciente vé mejor en una luz medio oscura, porque la pupila se dilata, y la parte periférica clara del lente es utilizado. Con una opacidad periférica la vista es mejor en una luz brillante, porque así, la pupila se contrae, y admite los rayos solamente por la porción central clara. Así en el caso anterior, el paciente ve mejor en la luz del crepúsculo: en el último, en la luz del medio día. Al principio de la catarata senil, la miopía á veces, se manifiesta, de modo que un ojo que ha sido presbiópico, puede hacerse por un tiempo corto, casi emetrópico. Esto sucede por la mayor densidad del lente, aumentando así su poder de refracción. Como la opacidad se aumenta, el paciente gradualmente se pone ciego, aunque la percepción de la luz se queda todavía; á menos que venga alguna complicación, afectando la retina ó el nervio óptico. Hay muchas veces un sentimiento de inquietud en el ojo, con alguna irritación de la conjuntiva. Cuando es causada la catarata por un traumatismo ó por alguna afección inflamatoria de las otras partes del ojo, puede haber una variedad de síntomas, por motivo de la causa excitante. No por la inflamación del lente.

Objetivamente, por luz reflejada, con iluminación focal, las opacidades parecen como manchas ó estrias blancas ó grises. Con el oftalmoscopio, parecen como manchas oscuras. Las opacidades pequeñas comenzadas, pueden ser reconocidas por el oftalmoscopio. Las opacidades de la cápsula anterior son de un color brillantemente blanco. Cuando la catarata se pone madura, se distingue fácilmente con la simple vista.

Formas Clínicas de las Cataratas.

Todas las opacidades comienzan en algun punto especial, y pueden quedarse estacionarias y limitadas á ese punto: esta es la catarata parcial estacionaria: ó pueden extenderse sobre toda la lente, y llegar á catarata total: esta es la catarata progresiva.

De la anterior hay Catarata Polar Anterior ó Catarata Anterior Capsular Central, una pequeña manchita blanca, al polo ante-

rior del lente, hecha por una opacidad de la cápsula, resultado de la proliferación de la trama epitelial bajo la cápsula.

Esta forma puede ser congénita ó adquirida. Si es congénita, es probablemente por motivo del trastorno del desarrollo. Si es adquirida, se desarrolla en la niñez, de una úlcera perforante de la cornea, la cual es más frecuente por motivo de la "oftalmia neonatorum," de modo que es usualmente coexistente con una opacidad de la cornea, la cual puede impedir la vista más que la opacidad del lente.

Si la cápsula espesada forma una proyección cónica, se llama catarata piramidal. Usualmente ningun tratamiento es indicado en estas dos formas, porque la area de la opacidad es muy pequeña y la interrupción de la vista, de poca importancia.

CATARATA POLAR POSTERIOR O CATARATA CAPSULAR CENTRAL POSTERIOR.

Es una pequeña manchita blanca en el polo posterior del lente, comunmente reconocida solamente con el oftalmoscopio. La opacidad yace en la superficie posterior de la cápsula posterior, es congénita, y viene por motivo de trastorno del desarrollo. En el lente mismo puede haber una pequeña opacidad central, esférica de forma ó fusiforme y pasando del polo anterior al polo posterior, ó una catarata puntuada, consistiendo de unos puntos pequeños, dispersos por la lente ó solamente en la capa anterior de la corteza. Estas formas son circunscritas y congénitas, por lo general, se hallan en los dos ojos.

Frecuentemente son heredadas, y pueden acompañar otras deformaciones del ojo, ó defectos físicos ó mentales. Generalmente no acarrea gran trastorno en la visión. Perinuclear ó Laminar es la forma de catarata más frecuente en los niños. Parece un disco oscuro, consistiendo en una opacidad de las capas situadas entre el núcleo y la corteza. Puede distinguirse de una opacidad sólida por el oscurecimiento más notable en la periferia del disco en lugar del centro. Casi siempre afecta los dos ojos, y se halla durante los primeros años de la vida; más frecuentemente en aquellos niños que han sufrido de convulsiones, y especialmente convulsiones causadas por motivo del raquitismo. Á veces puede ser heredada. Por regla general es estacionaria, pero puede ser progresiva.

Si es estacionaria y la vista está muy perjudicada, se puede dilatar la pupila con la atropina, y si con eso se mejora la vista, se

puede hacer una iridectomia. Si no se mejora, ó si la catarata es progresiva, la operación de discisión se debe hacer.

Las cataratas corticales, anteriores ó posteriores, parecen una figura radiada en las capas corticales, anteriores ó posteriores. La última es más frecuente, pero las dos pueden hallarse juntas. Ellas suceden como una consecuencia de una afección ocular anterior, como de la coroides, de la retina ó del vitrio. Pueden quedarse estacionarias por largo tiempo, pero frecuentemente invaden todo el lente al fin. Ocasionalmente vienen como el resultado de un traumatismo.

La Catarata Progresiva comienza con una opacidad pequeña y al fin, por regla general, envuelve todo el lente, pero en unos casos despues de la edad, cuando el núcleo ya está formado, este núcleo se queda trasparente con la opacidad al derredor. Un lente puede hacerse completamente opaco dentro de unas pocas horas ó al contrario, puede que no se madure en años. Por regla general, las cataratas blandas se maduran rápidamente, las duras despacio. La buena salud general hace que se madure más lentamente. Cuando una opacidad principiante comienza á estenderse, la lente se hincha, pero cuando la desagregación de las fibras del lente está completa, se contrae otra vez y á la madurez, fácilmente puede separarse de la cápsula. Este es el tiempo propio para su extracción. Si se deja mucho más tiempo, se puede degenerar más, haciendose líquida ó posiblemente una masa seca.

En los jóvenes, una catarata licuada, presenta una semejanza uniformemente lechosa. En los viejos, el núcleo oscuro puede ser visto en el fondo de la corteza fluida. En la anterior la absorción puede ser casi completa, restaurando así un grado ordinario de visión.

ETIOLOGIA.

Las cataratas congénitas se forman por motivo de alguna inflamación ocular intrauterina ó de algun trastorno del desarrollo. Son comunmente bilaterales, y muchas veces heredadas. Casi nunca se descubren hasta que pasan unos meses despues del nacimiento.

La catarata senil es, de todas, la más frecuente, y aunque una ocurrencia comun en la vejez, debe ser considerada como un proceso patológico. Es más frecuente despues de pasar los cincuenta años, pero ocasionalmente sucede entre los cuarenta y los cincuenta años.

Esta puede heredarse. Siempre vienen en los dos ojos, pero rara vez simultáneamente.

En la vejez, á veces, la lente se endurece y se pone de un color amarillo ó humoso, sin formar una catarata verdadera. Esta se llama catarata negra. Examinándole con el oftalmoscopio, se ve que la lente no está opaca. La catarata es á veces, una manifestación de una enfermedad general, como en la diabetes.

Esta forma, en los jóvenes, es generalmente simétrica, progresa rápidamente, y es, por supuesto, blanda. En los viejos no se puede exhibir ninguna singularidad especial. La catarata, á veces, tambien ocurre de nefritis, y como ha sido mencionado antes, las convulsiones del raquitismo son una causa frecuente de la forma laminar. Una forma rara dependiente de la extracción de agua del lente, á veces ocurre en el último período del cólera.

Las causas y patología de las cataratas no son bien comprendidas. Meyhofer, observando que eran desproporcionadamente comunes entre los vidrieros, tomó el calor radiante como una causa.

Las cataratas traumáticas se forman por motivo de algun traumatismo á la cápsula del lente, permitiendo la imbibición del humor acuoso ó del vitrio, por la sustancia del lente. Las fibras del lente se hinchan, y gradualmente se ponen opacas. Comunmente dentro de pocos dias, todo el lente se envuelve. Así la sustancia del lente, desagregándose, puede ser casi enteramente absorbida, ó puede haberse solamente encogido, y necesitar una operación subsecuente para removerla.

La pura conmoción, de una manera inexplicable, puede causar una catarata sin romper la cápsula. Cuando esto sucede, la catarata ordinariamente no se absorbe, y necesita una operación para sacarla. Puede encogerse y desprenderse, y así caerse al humor acuoso ó al vitrio.

Las cataratas pueden ser complicadas por alguna afección inflamatoria anterior del ojo ó ser resultado de la misma, tal como, supuración de la cornea, glaucoma y afecciones de la coroides, de la retina ó del vitrio. Las cataratas primarias ó simples son usualmente simétricas. Las secundarias ó complicadas, pueden ser simétricas ó no.

DIAGNOSTICO.

La determinación de la forma especial de la catarata, y su condición exacta, depende de un conocimiento de las variedades mencionadas, con las particularidades de cada una, con respeto al pre-

dominio en ciertas edades, y bajo condiciones seguras, tan bien su semejanza con el exámen cuidadoso, ayudado, si es necesario, con la iluminación focal, y con el oftalmoscopio, y al fin, con la historia del paciente.

De esto depende nuestra decisión en cuanto á practicar alguna operación, y cual operación está indicada, y tambien nuestro pronóstico.

La percepción de luz del ojo debe ser probada siempre.

En la catarata simple, esta percepción siempre existe, aun cuando la catarata este completamente madura. El paciente debe poder distinguir la luz de una vela de veinte hasta cuarenta pies, y decir de que dirección viene la luz del espejo del oftalmoscopio, que se proyecta al ojo. Si la percepción de la luz está buena el pronóstico es favorable; si está mala ó ausente, evidentemente, ha habido alguna complicación afectando la retina ó el nervio óptico, y el pronóstico es dudoso. El pronóstico en todos los casos simples ó primarios es favorable. En la catarata diabética, el pronóstico no es tan bueno, porque la condición caquectica del paciente no es favorable para la operación, y hay una predisposición á la iritis. En los casos complicados por otras afecciones oculares, anteriores ó coexistentes, el pronóstico será oscuro por lo incierto del detrimento que puede haber sido hecho al nervio óptico ó á la retina.

Las cataratas blandas son grandes, se forman rápidamente, tienen muchas estrías y son de un color lechoso. Las duras son generalmente más chicas, se forman despacio, tienen pocas estrías, y son de un color ambarino ó medio amarillo.

TRATAMIENTO.

Toda clase de tratamientos medicinales, han sido probados sin suceso, salvo en aquellos pocos casos, causados por enfermedades generales. Aplicaciones exteriores de varías clases, galvanismo &. han sido recomendados, pero son absolutamente inútiles. En la catarata diabética, cuando la enfermedad general se mejora por su propio tratamiento, la catarata puede, tal vez, parcialmente ó casi enteramente desaparecer. En tales casos, la operación debe ser hecha solamente cuando por el tratamiento, el azucar en las orinas ha ido disminuyendo tanto como es posible.

En los casos congénitos, los peligros quirúrgicos son pequeños, pero el pronóstico debe ser reservado siempre; porque el ojo puede ser ambliópico. La catarata raras veces, es removida de repente, por un golpe, causando dislocación del lente.

En aquellos casos, en los cuales la opacidad es pupilar la vista puede mejorarse por algun tiempo, por la dilatación de la pupila por medio de la atropina. Pero la única curación radical es una operación, y para el buen resultado de esto, el requisito más indispensable es la percepción de la luz normal.

El tiempo propio para la operación.

Las cataratas congénitas ó las que se forman en la niñez, deben sufrir una operacion tan pronto como sea posible, de modo que el desarrollo de la retina no pueda ser detenido, y la ambliopía, exanopsia (abliopía por falta de uso) ser producida.

En las cataratas traumáticas, la inflamación subsecuente al traumatismo, debe ser combatida primero, por el uso de la atropina, lienzos de agua de hielo y las sanguijuelas. Si la tensión es mucha por causa de la hinchazon del lente, debe ser sacado de una vez. De otra manera, la operación debe ser diferida hasta que la inflamación se baje. Dentro de algunos meses, el lente puede ser enteramente absorbido; de lo contrario, solamente una operación de discisión puede ser necesaria, en los viejos, hay más peligro de iritis.

Cuando la catarata en un ojo está madura, debe operarse, si está comenzando otra en el otro ojo. Si el otro ojo está sano todavía, la operación puede ser diferida por algún tiempo, pero no hasta que la catarata se haga hipermadura, porque entonces el peligro seria aumentado por motivo de la formacion de las sales de cal y colesterina, las cuales son muy irritantes al íris; tambien hay más peligro que el vitrio se escape, y la cápsula espesada puede causar dificultades. En un caso en la práctica mia, la catarata presentó una semejanza de plata brillante. El paciente tenía más de sesenta años La operación de extracción descubrió que había un depósito grande de cal en la cápsula, y en la lente. Era algo difícil removerlo, y se escapó algo del vitrio, pero el ojo sanó bien, quedando la vista exelente.

En tiempos pasados, ha sido la costumbre dejar una catarata inmadura, hasta que se hiciera madura naturalmente, antes de operarla.

Como esto, á veces envuelve una dilación de años, la pérdida de la vista prolongada por consecuencia, y la incapacidad de hacer negocio, por lo cual el paciente sufre una aflicción grande. Varios métodos han sido probados para acelerar el progreso de la catarata, con éxito insignificante. Hasta recientemente, el que había salido mejor, era el de Förster, en la cual, una iridectomía era hecha

primero, y entonces la cornea era friccionada por un instrumento obtuso, aprensándola contra el lente. Las capas anteriores del lente son así molidas, y como un resultado, el lente puede hacerse opaco dentro de unas cuantas semanas, y estar listo para la operación de extraerlo.

El Dr. Boerne Bettman, cirujano en jefe de la enfermería de los ojos y de las orejas del Estado de Illinois en Chicago, ha recientemente adoptado un método muy mejorado. El hace una incisión como para hacer una iridectomia, pero no hace la iridectomia.

Entonces introduce un instrumento inventado por él, para este objeto, una espátula, plana y angosta, encorvada de tal manera, que la punta se mete abajo contra la lente. Con esta, él aplica "massage" directamente á la cápsula del lente, pasándola ocho ó diez veces de un lado á otro.

Esto causa una irritación en el lente, que acelera su desagregación, y como un resultado, la catarata se hace madura dentro de tres hasta seis semanas.

Raras veces, será necesario repetir la operación Es sin peligro, muy simple y fácil de hacer; yo le ví extraer una catarata enteramente madura del ojo de un hombre, quien había estado esperando hacía quince años, para que se madurara la catarata. La operación preliminar, que finalmente la maduró, el Dr. Bettman la había hecho solamente cuatro semanas antes. Salió el paciente con buena vista y muy contento, por supuesto. En otro caso, que se llevó á él, le ví hacer la operación preliminar, y cuando salí de allí, tres semanas despues, la catarata estaba casi madura.

Despues de una operación de catarata cuando queda un ojo todavía sano, la refracción de los dos ojos se diferencia bastante, pero el campo de la vista está aumentado, y tenemos en reserva un buen ojo, para cuando la catarata se forme en el otro ojo.

LAS OPERACIONES.

Las operaciones indicadas en las varias formas de las cataratas, pueden ser consideradas bajo dos puntos de vista, la de discisión y la de extracción. Sea cual fuere la operación, el elemento más importante es preservar el sitio de la operación, y de volver toda la bolsa de la conjuntiva, estrictamente aséptica. Para cumplir esto, alguna inflamación de la conjuntiva, ó de la bolsa lacrimal ó cualquiera otra afección del ojo, que pudiera causar infección de la herida, debe ser curada, si es posible, antes de la operación. Tan buena salud general, como es posible, debe procurarse, para favorecer

una herida sana. Cuando la salud general es debilitada, ó alguna enfermedad constitucional existe, las condiciones no son favorables para el éxito completo en ninguna operación.

Lo mismo como en todas las otras operaciones, las manos deben ser lavadas con cuidado, y perfectamente limpias, y con los instrumentos, desinfectados. La bolsa de la conjuntiva debe ser completamente lavada con una solución de bicloruro de mercurio 1-4000, y tambien con una solución saturada de ácido bórico. La anestesia con el cloroformo ó el eter raras veces es requerida, la anestesia local con cocaina es suficiente. Esto se consigue con instilar en el ojo, unas gotas de una solución de cuatro ó cinco por ciento dos ó tres veces, á intervalos de unos pocos minutos. Así la operación no causa ningún dolor, si no cuando se corte el irís; lo cual á veces, es algo doloroso. Despues de aplicar la cocaina, el ojo debe tenerse cerrado, porque con la anestesia, el paciente puede tenerlo abierto demasiado tiempo, dejando secarse la cornea, al poner el blefarostato, algún cuidado debe usarse, para evitar tocar la cornea, porque la superficie epitelial está ablandada por la cocaina, y facílmente se puede lastimar. La operación de discisión, la cual es aceptable solamente en las cataratas blandas, tiene por objeto, la abertura de la capsula, para admitir al humor acuoso mezclarse al lente, y promover la absorción del último. Esto se hace con una aguja de discisión, que se pasa por la cornea, al cuadrante exterior é inferior, hasta la cámara anterior y la cápsula del lente. Esta se abre por una ó dos incisiones en la area pupilar. Entonces se saca el aguja prontamente para evitar la escapada del acuoso. Despues de la operación, el acuoso entra al lente por la herida, motivando que el lente se hincha, y gradualmente se desagrega, y se absorbe, lo mismo como en las cataratas tráumaticas. Por regla general, el tiempo requerido para la absorción, será de pocas semanas, hasta unos meses. Puede ser necesario repetir la operación una ó dos veces. En algunos casos, la hichazon del lente es intensa, causando unos síntomas de tensión aumentada ó de irido--ciclitis. Estos deben tratarse luego, con lienzos de agua de hielo, y con atropina. Si todavia continuan, la paracentesis de la cornea debe hacerse para permitir la escapada del acuoso y partes del lente, y entonces deben sustituirse lienzos de agua caliente.

Algunos operadores, particularmente en Inglaterra, evacuan el acuoso y el lente al tiempo de la operación de discisión, ó más tarde, si la paracentesis se hace necesaria, por la succión. En esto hay un poco más de peligro de irritación del iris. Como la discisión es aplicable solamente á las cataratas blandas, por regla general, no puede practicarse si no en los jovenes. Despues de la edad de veinticinco años, el núcleo usualmente es demasiado bien formado y duro para absorberse. Esta operación tambien se hace en las cataratas membranosas, no para promover la absorción, porque no pueden absorberse, sino meramente para hacer una abertura en la area pupilar. Se puede hacer por la cornea, ó por la esclerótica de detras.

Cuando la membrana está muy espesa y tenaz, dos agujas se pueden usar haciendo tracción en direcciones contrarias, evitando tención al iris. Cuanto hay sinequias posteriores, una iridectomía debe hacerse primero, para evitar alguna lesión al iris; y para aumentar la pupila para la operación. En todos los otros casos, la atropina debe usarse siempre antes de la operación para dilatar la pupila, y continuarse despues hasta que el lente esté completamente absorbido. La operación de dicisión es comparativamente libre de peligro. Los pacientes pueden andar despues de unas pocas horas, y poco tratamiento se necesita despues. De modo que esta operación especuliarmente adaptable á los niños.

La operación de Extracción.

Esta tiene por objeto, la remoción inmediata y completa del lente del ojo. Esta consta de varios tiempos: primero, una sección suficientemente grande, para dejar escapar la catarata; segundo—la abertura de la cápsula anterior del lente; y tercero—la expulsión de la lente. En muchos casos, un cuarto tiempo es añadido—el de una iridectomía, que entonces sigue inmediatamente de la incisión.

La operación de extracción lineal simple, como la discisión se hace á las cataratas blandas y á las membranosas. La incisión es hecha en el cuadrante exterior é inferior de la cornea, con un cuchillo en forma de lanza. El cuchillo puede llevarse hasta la cápsula del lente, ó retirarse, y la cápsula romperse con un cistotomo. El labio periférico de la herida se baja con una cucharita, y así la herida se hace abrir un poco, dejando al lente y al acuoso escapar.

No deben dejarse escapar demasiado rapidamente, porque la baja repentina de la tensión intraocular, puede causar hemorragia ó pérdida del vitrio. La pupila debe dilatarse con atropina antes de la operación. En las cataratas membranosas, se hace la misma incisión y se saca la membrana por medio de un ganchito agudo ó un forceps del iris. Las ventajas de la operación son:—una incisión corta, oblicua, la cual se cierra luego y no necesita mucho tratamiento despues. La iridectomía no es necesaria. Pero por su puesto, ningún lente, con un núcleo duro pudiera removerse por tal herida.

La extracción con un colgajo en alguna forma, es el método empleado para remover las cataratas duras. La sección puede estar en la esclerótica ó en la cornea.

La Extracción Lineal Periférica ó modificada de Graefe, se

hace con una incisión en la esclerótica. La incisión se hace con un cuchillo largo de Graefe, el cual se introduce en la esclerótica cerca del borde superior y exterior de la cornea, y sale al borde superior é interior, en un punto directamente opuesto, formando un colgajo del cuarto superior de la cornea. Cuando el cuchillo corta la esclerótica, se lleva un poco hacia arriba, formando un colgajo de la conjuntiva. El iris ahora se coge con el forceps del iris, se saca, y una sección se hace con las tijeras del iris.

Entonces un cistotomo ó un forceps de cápsula se introduce, y la cápsula es cortada con el cistotomo, ó es cojida y desagarrada con el último y una parte es sacada. Con una cucharita de hule duro prensando contra el borde inferior de la cornea, la catarata ahora es expelida. El blefarostato es removido y la pupila limpiada de cualesquiera fragmentos del lente ó cuajarones de sangre por "massage" suave en el parpado inferior. Si el iris se ha metido en la herida, debe reponerse con una espátula, y el ojo es cerrado y curado. La sección en esta operación usualmente se hace por arriba, para que la colobòma pueda quedarse escondida bajo el parpado superior, donde es menos perceptible, y hay menos peligro de causar el deslumbramiento. Cuando la coloboma se necesita para objetos ópticos, la sección debe hacerse hacia abajo é interiormente. Muchos operadores modernos modifican esta operación, haciendo la incisión en la unión de la esclerótica y la cornea, ó aun en la cornea misma.

Los otros tiempos de la operación son lo mismo, solo que frecuentemente omiten la iridectomía, simplemente reponiendo el iris con cuidado con una espátula, si hace prolapso, y tal vez, usando eserina para retener la pupila contraida, así desminuyendo el peligro de prolapso subsecuente.

En la sección de la esclerótica, el colgajo conjuntival se dobla sobre la herida, de modo que está protegida de infección, y cicatriza rapidamente. Sus desventajas son que puede venir una hemorragia de la conjuntiva herida á la cámara anterior, molesta, pero no grave; tambien por causa de la colocación periférica de la herida, el peligro de pérdida del vitrio es un poco aumentado. La herida, por demás está más cerca á la región ciliar y por consecuencia, la posibilidad de inflamación puede ser mayor.

Con el colgajo en la córnea, mientras que la cicatrización puede ser menos rápida, el resultado, en los casos que salen bien, es más perfecto, especialmente cuando ninguna iridectomia ha sido hecha, porque la pupila, redonda y movible se deja normal. Anteriormente, con el colgajo en lo cornea, la supuración ocurría frecuentemente con consecuencias desastrozas, pero con los métodos modernos de hacer operaciones con la asépcia y la antisépcia, casi igualmente buenos resultados se han obtenido por ambos métodos. La extracción con el colgajo en la cornea no es adaptable á todos los casos, sin embargo, como en aquellos donde hay sinequias posteriores, en los cuales una iridectomia tiene que hacerse, porque antes el lente no

puede salir. Los operadores, que siempre hacen una iridectomia, frecuentemente la hacen como una operación preliminar, tres ó cuatro semanas antes de la operación final para la extracción de la catarata.

En la práctica mía, he hecho uso de los dos métodos: con iridectomia y sin ella, con igualmente buenos resultados, pero nunca he hecho una iridectomia preliminar. El tiempo que estuve en Chicago recientemente, ví que muchos operadores allí no hacen una iridectomia sino cuando es absolutamente indicada, ó cuando por accidente el íris caiga encima del cuchillo. Hay unos, sin embargo, de los mejores y los más cuidadosos, que todavía hacen la iridectomia en todos casos, asegurando que es más ventajosa.

Varios accidentes pueden ocurrir durante la operación. El más frecuente es el prolapso del vitrio. Esto es más grave cuando precede á la expulsión del lente que cuando es subsecuente.

En el caso anterior, el lente debe removerse con una cucharita, para evitar alguna presión en el globo del ojo.

Una cantidad considerable del vitrio puede perderse sin trastorno subsecuente de la visión. Su prolapso, sin embargo, tiende á impedir un ajuste exacto de la herida y favorece la infección y la supuración.

La hemorragia al tiempo de la operación á veces ocurre; pero no es frecuente.

Yo tuve un caso en que ocurrió una hemorragia abundante algunas horas despues de la operación, la cual había parecido dar un suceso perfecto. La paciente tenía una historia sifilítica, la cual yo pensaba que era probablemente la causa de alguna afección ocular anterior, causando la predisposición á la hemorragia.

Despues de la operación, el ojo debe cerrarse y encima debe ponerse un pedacito de lino ó gasa saturada con una solución de bicloruro de mercurio 1—2000; sobre esto, lana ó algodón absorbente, y todo retenido por una venda de un género suave y de grandes mallas ó por una venda triangular, compuesta de tres pedazos cortos de tela adesiva. El ojo sano se venda tambien. El paciente es retenido en la cama unos dias—de tres á seis—evitando todo esfuerzo físico, tomando comidas medio líquidas, solamente para evitar el esfuerzo y los movimientos de mascar. No es necesario que se quede en un cuarto oscuro, solamente que los ojos estén protegidos de la luz brillante. Después de veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, la venda puede removerse y se puede lavar el ojo con agua tibia y reponer la venda. Despues de tres á seis dias, la venda puede quitarse enteramente. En cosa de dos ó tres semanas, el paciente puede comenzar á salir. Los anteojos no deben ser ajustados en dos ó tres meses. La supuración de la herida, iritis, irido-ciclitis, atrofia del ojo ó panoftalmitis pueden seguir á la operación. Para evitar estos malos resultados, hay que hacer lo aconsejado por los métodos asépticos y antisépticos más estrictos, y si suceden, tienen que tratarse segun las indicaciones.

A veces, por causa de la retención de una porción de la cata-

rata ó de la cápsula en la area pupilar, una operación secundaria de discisión es precisa. Esta no debe hacerse antes de uno ó dos meses despues de la operación primaria.

HISTORIA.

Las cataratas eran conocidas á los médicos de los Griegos y los Romanos, pero tenían una idea errónea de ellas, localizando la opacidad enfrente del lente. Tambien las operaron pero no para removerlas. Hicieron la operación de depresión, empujando la catarata por medio de una aguja hacia abajo, hasta el vitrio.

Hasta el último siglo, no se comprendió su verdadera naturaleza; que no fué aceptada. Antes de esto, dos alemanes, Mariotte y Boerhave, conocieron la situación real de la opacidad, pero su teoría no se creyó. En el año 1705, Brisseau, un cirujano francés, al hacer una autopsía á un hombre que había tenido una catarata, hizo la operación de depresión en el ojo, y entonces examinándolo encontró que la opacidad estaba en el lente mismo. Tres años despues, la doctrina nueva se aceptó generalmente.
