

R F-C/BARZ

Obsequio del Autor



SOBRE LA OPE- RACIÓN DE LA CATARATA

por el Dr. JOSÉ A. BARRAQUER

Catedrático de Oftalmología de la
Facultad de Medicina de Barcelona

18

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



0700678423

SOBRE LA OPERACIÓN
DE LA CATARATA

por el Dr. JOSÉ A. BARRAQUER

CATEDRÁTICO DE OFTALMOLOGÍA
DE LA FACULTAD DE MEDICINA



BARCELONA, JULIO 1921

SOBRE LA OPERACIÓN DE LA CATARATA



El método de extracción total es ideal. El procedimiento Y. Barraquer es el único que merece el nombre de extracción y el procedimiento del porvenir.

E. LANDOLT (París, 12 - 5 - 1921).

DESPUÉS de cuarenta años de operar a diario cataratas seniles, por el procedimiento ordinario, es decir, por medio de compresiones que expulsan del ojo, no la totalidad sino la mayor parte del producto patológico, adoptar el nuevo procedimiento, llamado Facoérisis, que hace suavemente presa de toda la lesión, sin abandonar en el ojo ni una sola partícula microscópica, sin abrir el saco que la contiene, que no obliga a compresión alguna, que no expulsa exprimiendo, que se lleva fuera del ojo con suavidad, sin violencia, no la mayor parte, sino toda la lesión; que no deja la pupila velada por restos de opacidad que queremos combatir, ha sido en mi práctica el mayor de los progresos que he adoptado durante mi ya larga carrera. No hay duda que la Esquiascopia, reconocimiento de la refracción el más completo y práctico de entre los objetivos, que nos da el valor dióptrico absoluto de cada meridiano del ojo, la Oftalmometría de gran exactitud, pero de aplicación limitada a la córnea, la cura quirúrgica del tracoma, la generalización del procedimiento radical para la curación de muchas dacriocistitis, la fistulización del ojo hipertenso, etc., etc., constituyen importantes progresos, relativamente modernos, pero ninguno despierta el entusiasmo, ninguno lleva a tanta intensidad la satisfacción, ninguno ha sorprendido y admirado tanto a los profesores encanecidos en la práctica de la operación de la catarata, como una Facoérisis, con su sencilla cura sin medicamento alguno; unas capas de gasa

y unas tiras de plaster, sin vendaje de ninguna clase, que se quitan por primera y última vez, a los ocho días, dejando el ojo sin hiperemia, con la pupila purísima, sin sinequia, y con agudeza visual normal.

Citaré el testimonio de uno de los más eminentes maestros de la Especialidad, el Dr. Landolt, quien en la sesión operatoria de Facoérisis dada por su autor en París, durante el Congreso de este año de la Sociedad Francesa de Oftalmología, exclamó: *Esto es una extracción; lo ordinario es una expulsión, y no hay duda que las principales complicaciones de la operación, son debidas a partículas que quedan dentro del ojo.*

En la cara de los espectadores avezados a las operaciones de catarata, que han asistido a las sesiones operatorias del Hospital Clínico, píntase la expectación al hacer presa del cristalino entero, y la sorpresa y admiración estallan rápidamente al ver la, tan fácil, como completa, salida de toda la lesión. Sus miradas recíprocas indican claramente la admiración que les domina y no faltaron quienes pidieron el erisifaco para operar por sí mismos en el acto. Así lo realizó, además de otros ocultistas, durante el Congreso de la Sociedad Oftalmológica francesa (1920), el único profesor extranjero que, antes de haber visto la operación, no la juzgó favorablemente, Rochon Duvigneaud, quien escribió que no pasaría la frontera y ¡sí la ha pasado! ¡Sus propias manos lo han conducido a través del Pirineo! ¡Cuán difícil y erróneo suele ser un juicio sobre cuestiones de una técnica que no se vió! Hoy día, poco más de un año después del vaticinio, no sólo ha atravesado la Facoérisis la frontera franco-española, sino que ha salvado, victoriosa, los mayores mares del mundo y todas las fronteras de Europa.

Gran honor ha sido, para la Clínica que me está confiada en la Facultad de Medicina, la peregrinación de tantas notabilidades extranjeras y catedráticos de diversos países que se han trasladado a esta ciudad para estudiar, de visu, la Facoérisis, habiendo logrado mayor significación la sesión operatoria del día 22 de enero de 1921 que, entre varios colegas nacionales y extranjeros, fué presenciada por el venerable Profesor Fuchs y el Coronel Smith, partidario éste de la extracción total o intracapsular, quien ha inventado un procedimiento y lo ha realizado en más de 50,000 cataratas, en la India inglesa; cuya clínica se ha visto, como la nuestra, honrada por gran número de comprofesores extranjeros, ganosos de conocer la extracción total, curación con tanta ansiedad deseada por todos los oculistas. Pero la operación de Smith, de originalidad rara, si tiene a su favor la circunstancia de extirpar por completo la catarata con su

cápsula, tiene la desventaja de practicarse por presión sobre el ojo, por expresión del globo, carece de la suavidad de la Facoérisis, que tanto llamó la atención en las operaciones que el célebre operador inglés presencié en aquella sesión del Clínico, y en la cual, por amable correspondencia, operó muy hábilmente tres cataratas por medio de su procedimiento.

La sesión a que me refiero será memorable en los anales del Hospital Clínico, pues un procedimiento operatorio, en ella nacido y desarrollado, mereció elogios y augurios de brillante porvenir, de uno de los veteranos maestros de la oftalmología alemana, Fuchs, autor el más leído, cuyo nombre figura en casi todas las páginas de los libros modernos de oftalmología, y maestro de muchas generaciones de oculistas y de la mayor autoridad en la extracción total, Smith, quien significó muy francamente la necesidad de abandonar su procedimiento y adoptar la Facoérisis, y en este sentido escribió inmediatamente, sin esperar a su regreso, a sus dos discípulos los hermanos Green, quienes practican el procedimiento Smith en la famosa Clínica de San Francisco de California, aconsejándoles la substitución de su procedimiento original por la Facoérisis, y su venida al Hospital Clínico para estudiar la nueva operación. Esta premura, en un temperamento inglés, no deja de ser elocuente, y uno de los hermanos Green sólo tardó unas semanas a presentarse al Hospital Clínico, para presenciar la nueva operación, de la cual se declaró encantado, proclamó su superioridad, y adquirió el aparato.

A fin de ser imparcial en esta cuestión, que por tantos motivos me interesa, y en la cual he procedido con exagerada cautela, dejaré la pluma al sabio Sr. Decano de nuestra Facultad:

Ajeno por completo a la práctica de la Oftalmología, salvo el tratamiento de la oftalmia purulenta del recién nacido y de algunas conjuntivitis de los niños, mi juicio acerca de la «Facoérisis» ideada por el Dr. Ignacio Barraquer no puede tener este valor alto e indiscutible que tiene el de los maestros de la especialidad avezados a realizar todas las operaciones de la oculística, conocedores por su experiencia y por sus estudios de todos los procesos anatómicos, fisiológicos, patológicos y terapéuticos de la oftalmología.

Las primeras nociones acerca de la Facoérisis las adquirí por la exhibición cinematográfica; ésta, por sí sola, es demostrativa, capaz de dar una idea completa de la técnica, y, comparada con la de los procedimientos anteriores de la extracción de la catarata, altamente sugestiva. Pero cuando se presencia la práctica de la operación en el enfermo, se advierte al punto la diferencia que hay «de lo vivo a lo pintado». VÍ

practicar esta operación al Dr. Barraquer varias veces sucesivas, en diversos enfermos, una tarde de mayo último, al propio tiempo que la presenciaban especialistas extranjeros, como Sinclair, catedrático de oftalmología de Edimburgo y Machado, de Colombia, venidos expresamente con tal objeto; las manifestaciones de aprobación que sorprendí en sus gestos y el fervor de sus aplausos, me dieron a entender que el método operatorio y la técnica del operador alcanzaban el máximo de perfección en lo humano. Con efecto, la seguridad en la maniobra, la elegancia en los movimientos, la precisión en las incisiones, la delicadeza en los contactos, de una suavidad tal que parecían no tocar los tejidos, la sucesión rítmica y firme de los tiempos operatorios, daban la impresión de que la frágil y sensible estructura del órgano visual no sufría violencia alguna de los instrumentos, ante la pulcritud operatoria.

Ahora bien, para juzgar el valor intrínseco del procedimiento, hemos de descartar la parte que en el éxito puedan tener el fervor y la maestría profesionales del creador de la Facóerisis; sólo así, juzgando intrínsecamente se podrá o no otorgar a éste la primacía sobre todos los demás procedimientos de extracción de la catarata, y entregarlo como conquista de la época y como nuevo don a todos los operadores. Al prescindir de la opinión personal de un espectador, hay que atenerse a la opinión expresada por los maestros reconocidos como eminentes en la especialidad que han presenciado o que la han practicado después de verla ejecutar al Dr. Barraquer. En este respecto, el clamor es unánime; la aprobación incondicional y entusiasta.

Así el Dr. H. Smith, teniente coronel del Servicio Médico de la India «el que más experiencia tiene actualmente en el método intracapsular» afirma que esta modificación del método intracapsular «ha llegado a la meta de la perfección y es, entre todas las modificaciones hasta hoy inventadas, la única que prevalecerá».

El Profesor Fuchs, de Viena, después de elogiar el método y la maestría del Dr. Barraquer, afirma que «un hábil operador prontamente dominará esta técnica, abriendo el camino de divulgación que el método se merece».

El Profesor Em. Gallemaer, de Bruselas, propagador de la visión microscópica del ojo vivo, reconoce que este método evita el derrame del humor vítreo, inevitable en ciertos individuos, ha declarado en publicaciones impresas la admiración por el método y sostiene «que la Facóerisis está llamada a revolucionar el manual operatorio de extracción de la catarata».

El Dr. Knussel, jefe del Servicio Oftalmológico del Hospital de Aarau (Suiza) después de haber visto operar al Dr. Barraquer cuarenta cataratas, algunas de las cuales se habrían acompañado de pérdida del

vítreo, dice que la Facóerisis da excelentes resultados, y espera, en interés de todos los cataratosos, que los oculistas practicarán este procedimiento».

El Dr. Cazalis, de Béziers reputa a este procedimiento «absolutamente maravilloso, en manos absolutamente maravillosas también».

El Dr. Martyde, de Béziers, «de procedimiento absolutamente completo, sin brutalidad y sin traumatismo».

El Dr. Castroman, de Montevideo, se muestra encantado de que algunas extracciones de catarata por este método «sólo duraron 58 segundos, con una nitidez que parece insuperable».

El Dr. Sinclair, Catedrático de Oftalmología de Edimburgo, venido expresamente de Inglaterra para conocer la operación, reputa al Dr. Barraquer «un perfecto operador, que en sus expertas manos las operaciones que vió practicar fueron todas un éxito», y añade: «tiene este método la ventaja de dejar al ojo libre de los engorrosos y persistentes restos de masas corticales y de cápsula, evita toda clase de presiones sobre el globo ocular toda vez que el cristalino se saca de su emplazamiento por el instrumento al que se adhiere, que ha visto a los operados diez días después de la operación, y que ha adquirido un erisipelo para usarlo».

El Dr. Maynard, Teniente Coronel de Calcuta (India), reputa a la Facóerisis como el procedimiento que más se aproxima a la extracción ideal, y con el que se ha revolucionado la extracción de la catarata senil».

Los Dres. Pácheo, Luna y Gálvez, de Guatemala, consideran a la Facóerisis como el mayor adelanto realizado en la operación de la catarata.

El Dr. Bjerke, de Linköping (Suecia), se declara «encantado del procedimiento y le considera el más perfeccionado al presente».

El Dr. E. de la Vega, de Buenos-Aires se ha extrañado mucho por la prevención que había querido inspirársele por un especialista de Madrid, y añade «el Dr. Barraquer me ha permitido ver los enfermos durante y después de la operación, sin reserva ni ocultación alguna y estoy conforme con el juicio emitido por los maestros de la especialidad».

El Dr. E. Landolt, de París, después de declarar como método ideal la supresión total del cristalino, que las principales complicaciones de la operación son debidas a las partículas de la catarata que pueden quedar dentro del ojo, que la extracción del cristalino dentro de su cápsula es un procedimiento demasiado peligroso, que la llamada hasta ahora extracción es en realidad una expulsión y que la presión que ésta exige expone al ojo a la pérdida del vítreo, afirma que el Dr. Barraquer evita este grave inconveniente, substituye la presión por una tracción, su método extrae el cristalino en su totalidad, es el único que merece el nombre de extracción y es el procedimiento del porvenir».

El Dr. Valude, de París, encomia la práctica de la operación reali-

zada por el Dr. Barraquer en su Clínica de «Quinze-Vingt», califica la operación de brillante, de muy expertas las manos y afirma que ha adquirido un Erisifaco en Barcelona.

El Dr. Green, de San Francisco de California, manifiesta que ha presenciado nueve extracciones consecutivas de catarata, en algunos casos complicados y en enfermos indóciles, y todas las cataratas fueron hermosamente extraídas, sin prolapso del iris ni contratiempo alguno; considera esta operación «tan cerca del ideal como la destreza y habilidad pueden imaginarlas presentemente».

El Dr. Machado, de Colombia, expone que este procedimiento acorta la invalidez del paciente puesto que puede ser operado antes de la formación completa de la catarata, reduce la duración de la convalecencia, disminuye y atenúa la gravedad de la operación en los casos difíciles y complicados y evita en absoluto el desarrollo de la catarata secundaria a que expone el procedimiento clásico. Será el procedimiento del Dr. Barraquer el más empleado en el porvenir; en realidad, es poco menos que ideal. Añade que personalmente ha aprovechado y apreciado los beneficios de la operación y declara su admiración y agradecimiento».

Hasta aquí las opiniones de especialistas extranjeros. Prescindamos, por ahora, de opiniones de algunos especialistas españoles en quienes el afecto o la amistad pudieran influir para el elogio. Con las consignadas de oftalmólogos de Europa, de América y de Asia, hay fundamento suficiente para reconocer en sus juicios una crítica imparcial, toda vez que algunos de estos especialistas ven socabada la hegemonía de su procedimiento por el del Dr. Barraquer y en esta franca y leal declaración, revelan un absoluto espíritu de justicia, de imparcialidad y de amor a la ciencia, espíritu libre de las impurezas de la vanidad y del egoísmo. Añádase que para conocer y practicar el procedimiento, todos han hecho un viaje más o menos largo, algunos a través del Atlántico y el sacrificio que ello representa no es el mejor abono para una benevolencia colectiva y cortesana.

Como Catedrático y Decano de esta Facultad de Medicina me siento orgulloso de que el Dr. Barraquer haya sido un centro de atracción para tantos especialistas eminentes como han venido a nuestra casa para estudiar el nuevo y alabado procedimiento y un foco de luz que ha esparcido en diversas Clínicas europeas, la reputación de la Clínica española.

Barcelona, junio de 1921.

Dr. A. Martínez Vargas.

Las maniobras o tiempos de la cura quirúrgica de la catarata senil pueden clasificarse en tres grupos, por el objeto que se proponen: el primero labra la vía por donde ha de salir la catarata, el segundo

la extrae, y el tercero limpia y coapta los labios de la incisión. Para cumplir el primero, se incinden la primera túnica ocular y la cápsula del cristalino, y a veces también el iris sufre una escisión. Con la abertura de la cápsula se permite a la substancia degenerada del cristalino, o sea a la catarata, su acceso a la pupila y a las cámaras del ojo, y con la incisión de la córnea y esclerótica se hace posible la evacuación de estos espacios al exterior, una vez ocupados por aquellas substancias. El segundo grupo de maniobras, que es el esencial, expulsa la lesión, libra el ojo de la catarata, y con el tercero se procede a la perfecta coaptación de los labios de la herida para evitar ectopias o hernias de órganos internos, favorecer la rapidez de la cicatrización, impedir infecciones y lograr una cicatriz regular, fina y delgada, porque la creación de una cicatriz en la lente corneal altera su curvatura y produce astigmatismo, el cual resulta exclusivamente regular, y por consiguiente corregible con lentes, si la cicatriz sale correcta, o irregular en caso de incorrección; si tiene dirección viciosa, si no se ha formado rápidamente, si en ella quedaron impurezas, inclusiones que la hacen irregular, se producirá el astigmatismo irregular, que tanto disminuye la visión, y no es posible corregir con lentes.

¿Cómo se practica el segundo grupo de maniobras o sea la expulsión o extracción de la catarata? Terminado el primer grupo, es decir; abiertas las cámaras y la cápsula del cristalino, se procede a la evacuación del contenido capsular, por medio de presiones sobre el globo, como si se exprimiese una pústula, y se hace, con ellas, rebosar el contenido del saco cristalino, pasándolo en primer lugar, a la cámara posterior, luego a la pupila, para atravesar después la cámara anterior, donde contacta con el iris y la córnea, y llegar al exterior a través de la herida corneal. Con la primera presión sale lo más resistente; el núcleo inalterado, rodeado de la mayor parte de la substancia cortical degenerada y opaca, pero raramente salen en totalidad los productos de degeneración; siempre, o casi siempre, queda parte de ellas en el interior del saco, en la pupila, o en las cámaras del ojo y aun, a veces, entre los labios de la herida, y encargamos a nuevas presiones, o la entrada de cucharillas, su extracción que generalmente resulta incompleta.

Nos formamos cargo de cuan antiquirúrgico es este procedimiento recordando que la catarata, se encuentra situada en un espacio cerrado o saco sin comunicación con el exterior, cuyas paredes, revestidas por un endotelio, son, en realidad, una serosa, dentro de la cual circula un líquido, el humor acuoso, y en cuya pared profunda se halla la catarata, formando eminencia en ella, como el hígado la forma en la cavidad peritoneal y los cóndilos del fémur en la sinovial de la

rodilla. Conviene igualmente recordar que la conformación de la catarata senil es exactamente la de un quiste pues consta de un saco completamente cerrado y un contenido patológico (1).

Situando, como hemos dicho, este quiste en la pared posterior de una serosa, la operación clásica comete el error quirúrgico de atacar el quiste por su pared serosa y derramar su contenido tóxico en la cavidad de aquélla, haciéndolo entrar en contacto, por medio de presiones, con toda la extensión de la serosa y con los labios de la herida. Este error técnico pasa sin duda desapercibido por la pequeñez de aquellas cavidades, y dejamos de atinar en que, con las presiones, las inundamos de productos flogógenos; mas el error salta a la vista en cuanto consideramos el que cometería quien operase un quiste del hígado por incisión y expresión, y dejase chorrear y correr por el peritoneo, las sustancias en él contenidas.

Se insiste poco sobre la acción tóxica de los productos opacos de degeneración del cristalino, llamados catarata, y si al descubrir un ojo operado, se encuentra reacción por parte del iris, sinéquias, hiperemia periquerática, lo que es frecuente, se piensa exclusivamente en la acción de contacto, así como también en las heridas de cristalino se echa toda la culpa de las ciclitis e hipertensiones a causas mecánicas, despreciando la química, nacida en la degeneración de las fibras del cristalino, que indudablemente contribuye a la génesis de aquellas complicaciones.

Las lesiones histológicas que caracterizan la evolución de la catarata, son debidas a un proceso que comienza en el endotelio capsular y se propaga lentamente al tejido cortical, salvando el núcleo, que en estado de esclerosis, representa un cuerpo de vitalidad escasísima. Sin entrar en detalles de histoquímica, conviene hacer notar que el proceso se caracteriza por la interposición de un líquido entre las fibras, con degeneración progresiva de éstas, en un primer período, y la muy lenta desaparición de líquido y fibras en un segundo, quedando tan sólo al fin, en el saco capsular, el núcleo del cristalino y un detritus opaco constituido por restos insolubles de las sustancias albuminóideas, colessterina, carbonato y fosfato cálcicos, y trozos de las membranas celulares endurecidas, y esta evolución explica el aumento de volumen del cristalino, en la primera fase del desarrollo de la catarata, cuando adquiere líquidos, y la disminución que experimenta al perder éstos y las fibras, con precipitación de sales, así como

(1) Considero muy útil esta comparación, que uso desde 1880 ante mis alumnos, a fin de convencerles de la necesidad de dejar muy limpio el saco capsular, para que insistan en la maniobra de extracción de restos a fin de evitar la catarata secundaria y las demás complicaciones. Los principios generales de Cirugía de los quistes refuerzan en su ánimo el convencimiento de aquella necesidad.



el aspecto blando, pastoso del principio contrastando con el seco, árido, ateromatoso de las cataratas muy adelantadas, maduras ya. La acción tóxica de los restos de catarata es tanto más intensa cuanto más activo se halla el proceso de degeneración, cuanto más dista del período de desecación; por este motivo, junto con otros que luego indicaré, la experiencia ha demostrado a los prácticos desde antiguo, que las complicaciones son más frecuentes operando cataratas poco adelantadas, y así nació la idea de intervenir tan sólo en las maduras, o desecadas ya.

Un cristalino cuyo proceso cataratoso ha alcanzado ya a todas las fibras, en toda su extensión, y ha llegado al período de desecación tiene menor acción tóxica porque, con la pérdida de líquidos, han disminuído las albúminas y sus derivados de degeneración, y porque los restos salinos y esclerosados son relativamente bien tolerados por la serosa ocular. Al revés, aumenta mucho la toxicidad con la existencia en el cristalino, que operamos, de porciones transparentes, es decir, de fibras sin opacificar, sin cataratar, pendientes de degeneración, ya que abierto por el cirujano el saco capsular y en él y en las cámaras abandonados restos de fibras no degeneradas aún, deben sufrir todas las fases de degeneración, hasta las más tóxicas, en contacto con la serosa; otra causa del recelo con que el práctico opera cataratas poco maduras, y del pronóstico poco favorable de muchas cataratas traumáticas las cuales deben empezar y seguir todo el ciclo de las degeneraciones en contacto con la serosa.

Con el procedimiento ordinario de extracción, no se realiza el ideal de las extirpaciones en general, es decir, no se desprende la lesión en una sola pieza, en bloque; se extrae fragmentándola, y en el sitio que ocupaba, así como en todo el camino que recorre al salir, deja pequeñas porciones de la opacidad, que resaltan claramente durante el acto operatorio y después de él, al iluminar el campo operatorio con un buen fotóforo, y nada tiene de extraño que la expresión, como procedimiento de expulsión, no logre del todo su fin, si consideramos la suavidad con que deben practicarse las presiones, toda vez que el plano de resistencia contra el cual comprimimos está formado por el humor vítreo, que se derrama al menor exceso de presión y cuyas pérdidas pueden tener consecuencias desagradables.

La mayor cantidad de restos queda en el círculo periférico del saco capsular, constituyendo una corona o anillo llamado anillo de Soemmering, visible detrás de la periferia del iris cuando dilatamos la pupila, aun años después de la operación, otras porciones adhieren a la pared posterior del saco capsular; ocupan otras las cámaras y la pupila y por fin quedan a veces también entre los labios de la herida.

y la dejación de estas diferentes porciones reviste importancia muy distinta, según su sitio y la evolución que a cada una de ellas le espera.

Si consideramos que en la operación clásica incidimos el saco del cristalino tan sólo en el centro de su pared anterior, no en toda su extensión, y que la abertura que en ella practicamos deja cierta extensión periférica intacta, se comprenderá que, adosándose aquella pared a la posterior y adhiriéndose entrambas, enquisten, con el tiempo, los restos que entre ellas dejamos abandonados por la insuficiencia de las presiones ejercidas; por esto es frecuentísimo el anillo e indefinida su duración. Pero esta porción de restos es tal vez la de consecuencias menos importantes, ya que con el enquistamiento cesa su contacto con el humor acuoso, la disolución en el de los principios de degeneración, y su acción flogógena sobre la serosa. Además, con su situación periférica, cubiertos por el iris, no influyen desfavorablemente sobre la visión.

Si la porción anular de los residuos llega un momento que se hace inofensiva, no ocurre lo mismo con otras que abandonamos en el camino, que en su éxodo debe seguir el cristalino cataratado. Las adheridas a la cristaloides posterior y las que ocupan la pupila, en constante contacto con el humor acuoso, le ceden lentamente las sustancias solubles que contiene y dejan las que no se disuelven fácilmente y con ellas y la cápsula posterior, que se opacifica, fórmase, al fin, en el sitio que ocupaba el cristalino, una delgada capa de opacidades, una membranita que enturbia la pupila, ofusca la visión y se llama catarata secundaria. En este trabajo de disolución parcial se emplean algunas semanas y en virtud de la disolución y eliminación de las toxinas, cesan los síntomas irritativos, cuando quedan agotadas las sustancias solubles, no sin haberse formado en muchos casos alguna adherencia con el iris, sinequia posterior, como manifestación inflamatoria de dicha acción tóxica.

Los restos que ocupan la cámara anterior, en donde más raramente quedan, pues se extraen más fácilmente con cucharillas, desaparecen casi del todo ya que rodeados por completo por el humor acuoso, y no adheridos, libres en el seno de la corriente, son disueltos y absorbidos más fácilmente y dejan sus sustancias insolubles precipitadas y adheridas a la catarata secundaria. Esta serie de transformaciones sufridas por los indicados restos, producen un estado irritativo del ojo, que si bien cura espontáneamente, por enquistamiento del anillo, y por disolución incompleta de los restos de la pupila y de las cámaras, no lo hace sin alargar considerablemente la curación y estigmatizar el ojo operado con alguna sinequia y la catarata secundaria.

De entre los residuos abandonados ofrecen particular gravedad los que se interponen entre los labios de la herida corneal porque, dificultando o falseando la cicatrización, son causa de infecciones intraoculares que pueden producir la pérdida del ojo al cual habíamos restituído la visión y aun ser punto de partida de agentes flogógenos, que trasladados al otro ojo, desarrollan en él la funesta oftalmia simpática. Excuso consignar el desprestigio que sobre el Arte de operar recae al convertir en ciego incurable al tuerto, tragedia afortunadamente rara, con los actuales recursos, ya que la prematura cauterización galvánica de los labios de la herida, practicada hasta destrucción de todo lo interpuesto, es rápidamente cicatrizante y se opone tanto a la entrada de gérmenes exteriores como al traslado de la infección al otro ojo, no sin dar empero, gravedad a la catarata secundaria que, por efecto de la inflamación y de la cauterización, queda fuertemente adherida a la cicatriz y al iris, e infiltrada y forrada por una capa de exudación fibrinosa que procede de la región ciliar, que la engruesa y opacifica grandemente y mantiene un largo período de hiperemia, fotofobia y otras molestias, entre las cuales la falta de visión descuella, en descrédito de nuestra Ciencia.

La satisfacción del operador al terminar su obra, resta amenguada por el peligro frecuentísimo de la catarata secundaria, y por la incógnita del curso que seguirá, del cariz que tomará la cura, lo que nos obliga al renuncio de la cura retardada y a levantar diariamente el apósito para reconocer la formación y el curso de la catarata secundaria. ¡Cuántas veces protestamos, ante nosotros mismos, de la falta de inmovilidad a que los reconocimientos obligan al órgano operado, durante los primeros días! ¡Cuántos son nuestros anhelos de encontrar un procedimiento al abrigo de tales inconvenientes!

El estado anatómico en que, en la mayoría de los casos, dejamos al ojo operado no puede envanecer al operador: proponernos la extirpación de un órgano que empaña la vista por medio de la opacificación de la pupila y abandonar, casi siempre, opacidades en el campo pupilar no es ciertamente ideal.

Dejaría de ser completa mi revista de los defectos y peligros de la operación clásica, si dejase de citar las condiciones de buen medio de cultivo, para los microorganismos del pus, que adquiere el humor acuoso con la mezcla de resto de la catarata. Bajo este particular es interesante conocer la opinión del Profesor Fuchs, quien en carta del 18 de mayo último nos dice: *«Mi opinión de que la presencia de las masas cristalilianas que abandonamos en la cámara anterior después de la extracción, favorece la infección, se ha comprobado por experimentos; Axenfeld, en su libro «Die Bakteriologie de Augen» dice; «El humor*

acuoso es un mal medio de cultivo para los microbios. Un cultivo de Staphylococcus aureus, no diluido, introducido en la cámara anterior, determina una iritis que cura espontáneamente; al contrario, la inyección de la más pequeña cantidad de tal cultivo produce siempre una panoftalmitis, si se trata de un ojo con discisión o extracción reciente, porque la presencia de masas de substancias del cristalino le transforman en un excelente medio de cultivo. Los experimentos de Ostwalt han confirmado que la presencia de masas cristalinas en el humor acuoso favorece la infección».

De las anteriores líneas se deduce que el gran defecto de la operación clásica consiste en ser incompleta, en abandonar en el ojo parte de la opacidad que operamos, lo que determina inflamaciones endoculares, deja el estigma indeleble de la catarata secundaria, alarga considerablemente la curación, obliga a una segunda operación y en la mayoría de casos da un resultado visual incompleto o defectuoso, ya sea porque la secundaria queda sin operar, ya porque aun después de la operación, persisten restos de ella en el área pupilar. Quedan, en efecto, muchas cataratas secundarias sin operar, porque hay, entre nuestros clientes, quienes no se resignan a esperar la terminación de la cura, desde el momento que ya alcanzaron cierta visión; en otros casos porque los fenómenos flogísticos que acompañaron a la evolución de la secundaria, nos obligan a aplazar por espacio de algunos meses, la nueva intervención, y además porque está establecida la costumbre de no operar todas las cataratas secundarias, en contra de lo que parece lógico y conveniente, que es dotar a nuestros operados de toda la visión que puede permitir su aparato visual. La mayoría de los operadores prefieren abandonar su obra, de restitución de la vista, antes de obtener resultado completo, sin duda por el recelo de perder, con la segunda operación, lo ganado con la primera. Así es que leemos en Schweigger que puede considerarse un éxito completo de la operación de la catarata senil, y que no debe operarse nuevamente, con tal de haber dotado al interesado de $\frac{1}{6}$ de visión, Vossius fija esta tasa en $\frac{1}{5}$ y la mayoría en $\frac{2}{7}$. No hay duda que el ciego al cual dotamos de $\frac{1}{6}$, $\frac{1}{5}$ ó $\frac{2}{7}$ de agudeza visual y le proporcionamos integridad del campo visual adquiere libertad y bendice la obra del Arte de operar, mas el cirujano que aspira a la perfección, no puede quedar muy ufano con tan exiguos resultados, ya que no ha conseguido hacerle útil para el trabajo de la mayoría de industrias. Consideren sino, mis lectores, la desilusión del operador, al presentarse el individuo, a quien ha dotado de $\frac{1}{6}$ de visión y de un campo completo, en demanda de un certificado de inutilidad, para ingresar en un asilo o para librar a su hijo del Servicio militar. Necesita toda la fuerza de resignación

ante la evidencia, y todas las negativas del sujeto a nuestras propuestas de una segunda intervención. ¡Y con cuánta ansia espera el oculista el descubrimiento de un procedimiento operatorio radical, completo!

Cuando no se logra alcanzar aquellas cifras de agudeza, se considera indicada la segunda operación y generalmente se practica la discisión, dejando la extracción de la secundaria y otras operaciones, para casos excepcionales. Con ella abrimos una brecha en la membrana, la hendimos sin extirparla, y logramos que una porción de la pupila, la que corresponde a la hendidura, permita el máximo de agudeza del sujeto; mas las porciones de catarata secundaria, no hendidas, persisten opacificando una parte de la pupila y ocasionando defectos visuales, como deslumbramiento, desfiguración de muchas imágenes retinianas, dificultad de adaptarse a las diferencias de iluminación. Así vemos a estos operados, aunque dotados de toda su agudeza visual, que puede ser de 1/1, dar pruebas de la defectuosidad de su visión ya en la vía pública, con el modo de sortear los peligros, ya durante el trabajo, evitando las dificultades sentidas, con movimientos de la cabeza y del objeto, con los cuales anda buscando el modo de hacer menos defectuosas las imágenes y evitar el deslumbramiento, aprovechando las porciones no manchadas de su pupila.

Aunque generalmente se dice que basta dotar de pureza absoluta a una pequeña parte de la pupila, en el seno de su opacidad secundaria (hendidura practicada), y que la persistencia de opacidades en el resto de la pupila no influye desfavorablemente en la visión, lo cierto es que los operados que no conservan ninguna opacidad en toda la extensión de su pupila, han adquirido más condiciones visuales, carecen de aquellos defectos secundarios.

Nada tiene de extraño que el operador, al contemplar su obra, sienta deseo de mayor perfección, aspire a dotar de transparencia completa a toda la extensión pupilar, a evitar las opacidades o estigmas de la relativa imperfección del procedimiento empleado. Si la necesidad de usar lentes obliga al afáquico a luchar con los efectos secundarios de los cristales, es lástima añadir a sus sinsabores los efectos de las opacidades pupilares, siquiera posea un entero de agudeza. Por esos motivos el práctico considera ideal, todo procedimiento que extirpe, totalmente y de una sola vez, toda la opacidad, esto es, la extracción del quiste cristalino entero, sin efracción de su pared.

Se puede decir que nacieron a un tiempo la operación clásica y el deseo de perfeccionarla haciéndola completa, y aunque pocos se han dedicado a describir, con minuciosidad sus defectos, por carecer de procederles libres de ellos, todo operador siente remordimiento al verse

obligado a dejar dentro del globo ocular, una parte del mal que opera; por este motivo han sido innumerables los cirujanos que se han propuesto la extracción, en una sola vez, de todo el quiste opaco.

Involuntariamente los operadores de todos los tiempos han extraído cataratas enteras, contenidas en su cápsula, cuando después de abierto el globo ocular con ancha incisión, al proponerse practicar la operación clásica, el enfermo no da tiempo, porque con una fuerte contracción de los párpados, lanza al exterior, con violencia el cristalino entero, y ocurre también cuando la catarata era móvil, por lesiones en su ligamento, y en ambos casos la pureza que adquiere la pupila, con esas operaciones totales involuntarias, dejándola libre de todo resto, acrecienta los deseos de generalización, a todos los cataratosos, de un procedimiento que cure totalmente. Las cataratas líquidas también dejan la perfección de la pupila, toda vez que un líquido se expulsa fácilmente en totalidad. La pureza absoluta de la pupila y la falta de accidentes inflamatorios, en estas extracciones totales por accidente imprevisto, es muy elocuente e influye mucho en el ánimo del operador, para que considere la mayor parte de contratiempos consecutivos a la operación, producidos por la permanencia de restos.

No debo recordar la Historia de los procedimientos de extracción total que se han ideado, practicado y abandonado: queda hecho en anteriores escritos sobre la Facoérisis (1) y me bastará citar los que actualmente están en práctica: el de Kalt, quien, con una pinza especial, que no pincha, hace presa del quiste por su cara anterior con la idea de llevarlo fuera con la misma pinza, mas en la mayoría de casos la cápsula se rompe y el procedimiento queda convertido en el ordinario; hay que echar mano de la expresión y quedan restos. Smith, una vez practicada la abertura o incisión de la córnea, secciona el iris y extirpa la totalidad de la catarata por medio de fuertes compresiones de la córnea, con un instrumento metálico, que se transmiten al cristalino. El autor practica un número extraordinario de operaciones por medio de este procedimiento, en el cual ha adquirido gran habilidad, pero a pesar de repetidos ensayos hechos por la mayoría de cirujanos oculistas, no se generaliza su procedimiento, por el peligro de la pérdida del humor vítreo a que expone la fuerte compresión necesaria para romper la zónuka y dar libertad al cristalino.

En la Facoérisis se hace presa de la catarata con una ventosa; el vacío adhiere fuertemente entre sí ventosa y catarata y al retirar el instrumento sigue con él toda la lesión contenida en su cápsula, sin la menor abertura de esta, sin derramarse ninguna porción del mal,

(1) Véase la Bibliografía.

dejando limpio, aséptico, sin productos flogógenos el camino recorrido, siendo de notar la suavidad con que la catarata deja su sitio intraocular y sale adherida a la ventosa, sin la menor señal de violencia alguna. La adherencia a la pequeña ventosa, que en forma de una cucharilla de extracción se aplica sobre la cara anterior del cristalino, se verifica con una suavidad que contrasta con la violencia de la pinza, y la salida del quiste entero se logra sin la fuerte compresión del gancho de Smith. Por esto se evita con la Facoérisis la ruptura de la cápsula y la pérdida del humor vítreo. Es un procedimiento de extracción total de pasmosa suavidad, que no violenta el ojo, no le traumatiza y lo deja con toda normalidad, faltándole solamente después de la operación, la lesión toda y no a medias, no de un modo incompleto, como en la operación ordinaria, sino toda, sin dejar ni una sola microscópica partícula de aquellos restos que producen inflamaciones, y catarata secundaria, y sin peligros de oftalmia simpática.

A medida que se observa con cuidado el curso de los operados, se fortalece la creencia de que los accidentes post-operatorios son debidos a la dejación de restos y en nuestra Clínica del Hospital hemos repetido muchas veces, ante profesores extranjeros, la demostración de este hecho clínico, presentándoles a un mismo tiempo dos series de operados, por Facoérisis y por el proceder clásico, llamando siempre la atención el aspecto normal, la falta de fotofolia, lagrimeo, blefarospasmo y de hiperemia, la viveza del reflejo pupilar en la primera serie de operados, mientras es raro en los de la segunda serie un enfermo enteramente libre de reacción; a la generalidad les molesta la luz, no pueden abrir los ojos, les lloran, tienen molestia, hiperemia, y presentan opacidades pupilares y algunas sinequias. Si queremos demostrar de modo tan evidente que por su evidencia entusiasma a los compañeros echamos a todos una gota de colirio de atropina y nada más claro, nada más convincente como observar a los pocos minutos dilatadas, regulares, puras, todas las pupilas de la serie primera, en contraposición a las de la segunda, perezosas a responder al medicamento, irregulares las más de las veces, y adheridas a los restos que enturbian la pupila.

Es esta una observación que ofrecemos a todos los compañeros nacionales y extranjeros, recordándoles que las sesiones operatorias del Clínico son públicas, así como las curas consecutivas. Todos los compañeros quedan invitados a comprobar por sí mismos los resultados antedichos.

