

R. 33998

C

EMILIO ALVARADO Y ADOLFO ALVAREZ

OCULISTAS

Constitución, 8, pral.—VALLADOLID

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA

DE LA

PROVINCIA DE SORIA

POR

ADOLFO ALVAREZ



VALLADOLID:

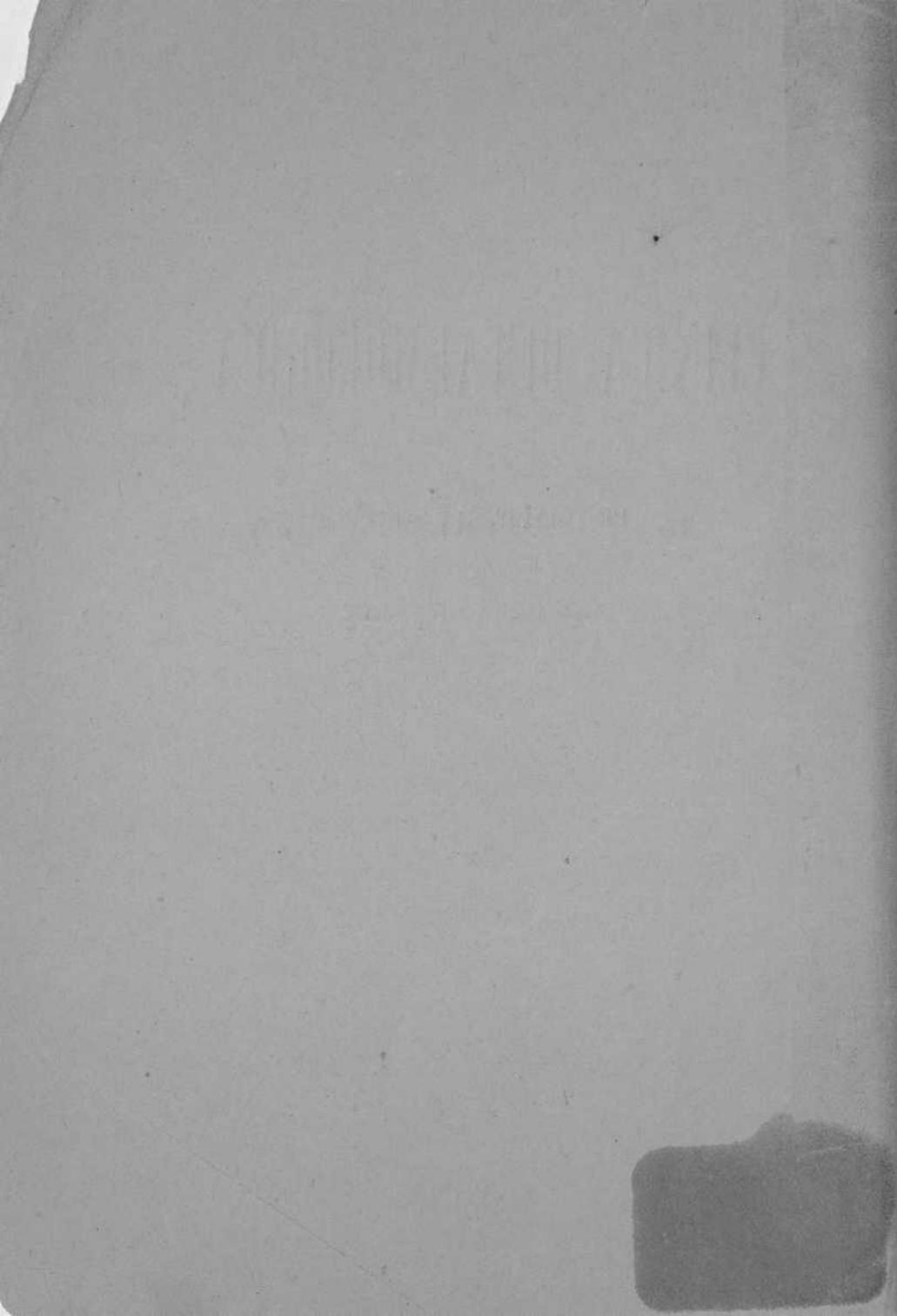
IMP., LIB. Y ENC. DE J. MONTERO

Acera 4 y 6 y Cascajares 2.

1902

SS-F

Z 1-16



CLINICA OFTALMOLÓGICA

DE LA

PROVINCIA DE SORIA

B.P. de Soria



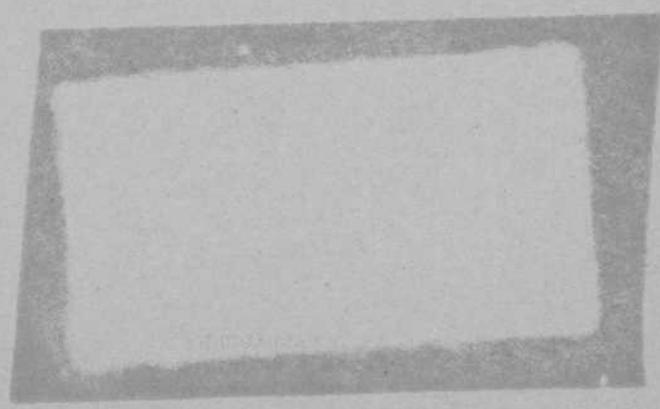
1049726

SS-F Z-1-16

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT

PHYSICS 311



R. 33998



EMILIO ALVARADO Y ADOLFO ALVAREZ
OCULISTAS
Constitución, 6, pral.—VALLADOLID

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA

DE LA

PROVINCIA DE SORIA

POR

ADOLFO ALVAREZ



VALLADOLID:
IMP., LIB. Y ENC. DE J. MONTERO
Acera 4 y 6 y Cascajares 2.

1902



CLÍNICA OFTALMOLÓGICA

DE LA

PROVINCIA DE SORIA.



Desde el año 1890 en que abrí la consulta de Soria, he continuado visitando la población todos los años durante el mes de Mayo, viendo en ella 1006 enfermos de los ojos; número no muy crecido comparándole con los comprendidos en la mayor parte de las estadísticas que se publican, pero suficiente para hacer deducciones acerca de determinados puntos de patología ocular en esa provincia. Así por ejemplo, afección tan frecuente como la conjuntivitis catarral aguda no figura más que con cuatro observaciones; en cambio el tracoma y las afecciones crónicas de las vías lagrimales figuran en tan gran número que constituyen un vasto campo de observación, del que, como más adelante veremos, se puede sacar consecuencias importantes.

Antes de empezar la reseña estadística, he de hacer algunas advertencias. Cuando un paciente presenta varias afecciones no subordinadas entre sí, le incluimos en todas las secciones correspondientes; haciéndolo solo en la principal en caso contrario. En *ojos perdidos* incluimos todos los que ya lo estaban al presentarse á mi observación. Acerca de las causas de estas cegue-

ras, me he informado escrupulosamente, pudiendo asegurar que fueron en cada caso las que indico; pues cuando tenía duda, le incluía en la sección *oftalmia externa espontánea indeterminada*. Lo mismo diré respecto á las causas generales que tienen localización en los tejidos del ojo y sus anejos. Soy poco partidario de apellidar las afecciones caprichosamente por algún informe vago del paciente, prefiriendo denominarlas solo por su asiento anatómico cuando otra cosa no nos permite la falta de datos.

Mucho debo al favor de la ilustrada clase médica soriana á la cual me complazco en dar aquí público testimonio de gratitud.

Conjuntiva

	Enfermos	Ojos
Hiperemia conjuntival crónica.	13	22
Conjuntivitis catarral aguda.	4	7
Id. id. crónica.	52	102
Id. eczematosa.	2	4
Id. linfática.	30	60
Id. blenorragica.	1	2
Id. primaveral.	1	2
Id. granulosa.	117	222
Id. pustulosa.	10	12
Pterigión.	12	19
Xeroftalmía.	2	4

Párpados

Anquilobléfaron.	1	1
Triquiasis.	3	4

	Enfermos	Ojos
Ectropion.	5	6
Entropion.	2	3
Quistes por retención.	3	3
Epitelioma.	3	3
Blefaritis ulcerosa.	40	75
Id. ciliar.	17	30

Vías lagrimales

Dacrio-cistitis aguda.	1	1
Id. crónica.	66	84

Cornea

Queratitis supurativa, superficial, traumática.	4	4
Queratitis supurativa, superficial, no traumática.	64	95
Queratitis supurativa, profunda traumática.	6	6
Queratitis supurativa, profunda no traumática.	38	50
Queratitis intersticial.	5	5
Id. vascular.	2	4
Leucomas simples.	26	32
Nuvéculas.	24	33
Leucomas ulcerados.	7	9
Id. ectásicos.	2	2
Id. adherentes.	30	32
Cuerpo extraño en la cornea.	1	1
Quemadura.	1	1

Esclerótica

	Enfermos	Ojos
Escleritis reumática	1	1
Esclero-coroiditis anterior	1	1

Tractus uveal

Iritis aguda reumática	2	2
Id. id. sifilítica	1	1
Id. id. plástica indeterminada	2	2
Id. crónica reumática	6	8
Id. id. indeterminada	5	10
Coloboma traumático del iris	1	1
Irido-coroiditis plástica, aguda, traumática	1	1
Irido-coroiditis plástica, aguda, sifilítica	1	2
Irido-coroiditis plástica, crónica, traumática	2	2
Irido-coroiditis plástica, crónica, sifilítica	1	2
Irido-coroiditis plástica, crónica reumática	8	13
Irido-coroiditis plástica, crónica, indeterminada	6	8
Irido-coroiditis supurativa	2	2
Coroiditis atrófica diseminada	5	9
Id. id. central	8	13
Id. exudativa	1	1
Id. hemorrágica	1	1



	Enfermos	Ojos
Glaucoma agudo.	1	2
Id. crónico	3	3
Sarcoma de la coroides	1	1

Retina y nervio óptico

Glioma.	1	1
Neuro-retinitis cardio-vascular.	6	11
Id. id. sífilítica	4	8
Retinitis pigmentaria.	4	8
Id. albuminúrica.	4	8
Id. de causa desconocida.	1	2
Desprendimiento retiniano	6	6
Atrofia papilar por meningitis	2	4
Id. id. id. la gripe.	2	4
Id. id. id. pérdidas sanguíneas.	1	2
Id. id. de causa desconocida.	4	6
Ambliopía alcohólica	1	2
Id. por falta de desarrollo	5	5
Id. por anemia.	3	6
Id. por colesteremia	1	2

Cristalino

Cataratas no operadas ó no operables, capsulares.	3
Cataratas no operadas ó no operables, cápsulo-lenticulares.	10
Cataratas no operadas ó no operables, lenticulares.	125
Cataratas no operadas ó no operables, coroideanas.	36

	Enfermos	Ojos
Cataratas no operadas ó no operables, traumáticas.		5
Cataratas operadas por mí, cápsulo- lenticulares.		4
Cataratas operadas por mí, lenticulares.		145
Id. id. id. traumáticas .		3
Id. id. id. coroideas .		6
Cataratas operadas por otros operadores (afaquias)		13
Afaquia por traumatismo accidental . .		1
Luxación del cristalino.		1

Globo ocular

Panoftalmía	4	5
Buoftalmía adquirida	4	4
Oftalmía simpática.	3	3
Endoftalmía	1	1
Traumatismos penetrantes	6	6

Músculos

Ptosis	1	1
Estrabismo	3	4
Parálisis del orbicular.	1	1

Refracción y acomodación

Miopía congénita	23	44
Id. hereditaria.	15	29
Id. adquirida	5	10

	Enfermos	Ojos
Hipermetropía	5	10
Astigmatismo irregular	1	2
Presbicia	10	20
Astenopía acomodativa.	1	2

Anomalías congénitas

Buoftalmía.	1	2
Opacidades estacionarias del cristalino.	2	3
Coloboma del iris	4	8
Dermoide sub-conjuntival	1	2
Id. de la cola de la ceja	1	1
Falta de transparencia de la cornea. . .	2	4
Coloboma del nervio óptico.	1	2

Muñones y ojos perdidos

Por oftalmía blenorragica	1	1
Id. id. purulenta del recién nacido.	3	4
Id. id. granulosa.	10	12
Id. id. simpática.	1	1
Id. id. externa espontánea inde- terminada	30	39
Por irido-coroiditis supurativa de origen endógeno	5	5
Por irido-coroiditis reumática	6	8
Por glaucoma	8	11
Por id. (enucleados)	2	2
Por viruela	1	2
Por sarampión	4	6
Por escarlatina.	1	2

	Enfermos	Ojos
Por carbunco.	1	1
Por traumatismo, vías lagrimalés sanas.	23	25
Por id. id. id. enfermas.	14	16
Por meningitis.	2	3
Por retinitis pigmentaria.	2	4
Por miopía complicada.	5	5
Por causa desconocida.	1	1

Conjuntiva

Constituyen los granulosos un 11,5 por 100 del total de enfermos; resultado que está bien lejos de confirmar la ley que enunció Chibret en el Congreso de Copenhague, diciendo: *El tracoma cesa de ser contagioso en Francia, Suiza y Bélgica en altitudes superiores á 230 metros, dejando de ser endémico y extinguiéndose.* Ley apoyada por lo que respecta á España, en una comunicación del malogrado Dr. Calderón, de Madrid, en la que afirmaba que el tracoma no se observa en España en las poblaciones situadas á más de 200 metros sobre el nivel del mar. Posteriormente modificó, ó más bien, amplió su ley añadiendo que la causa de la inmunidad consistía, además de la altura, en la raza celta, cuya distribución en los países citados, coincidía con la altitud por él marcada.

Y esta proporción de nuestra estadística, sería mucho mayor si incluyéramos en el grupo tracoma la hipertrofia linfoide con reacción conjuntival ó sin ella, constituyendo la forma que Chibret llama benigna, de la que tenemos 30 casos. Pero no lo hacemos, aunque esto vendría á apoyar nuestra manera de ver

en la repartición geográfica del tracoma, porque tenemos la convicción de que hay una diferencia radical entre ambas afecciones, siendo la una hipertrofia simple del folículo linfático, elemento normal en la conjuntiva, mientras que la otra es un neoplasma infeccioso. Lo contrario me parecería tan abusivo como afirmar la naturaleza francamente tuberculosa de la hipertrofia de todo el sistema ganglionar linfático en los sujetos llamados linfáticos. Hay á nuestro juicio cierto paralelo entre linfatismo, escrofulismo y tuberculosis, por una parte, y por la otra, hipertrofia linfoide de la conjuntiva, conjuntivitis folicular y tracoma. Podrá verse en algunas lesiones escrofulosas el bacilo de Koch, como se ve algunas veces la fusión purulenta del folículo hipertrofiado; pero de esta confusión de límites innegable no se deduce, sin torcer los hechos, completa superposición de ambos procesos.

También eliminamos las conjuntivitis catarrales crónicas, aún cuando entre ellas haya alguna anotada como sospechosa de granulación, en razón á la falta de lesiones que indiscutiblemente pudieran determinar la especie patológica.

La provincia de Soria, á la que pertenecen todos los tracomatosos de esta estadística, se halla colocada á una altura muy superior á los 230 metros. Perteneciente casi toda á la cuenca del Duero, puede decirse sin gran error, que el punto más declive de ella, es la salida de este río por Zuzones (Burgos) que, según la Crónica General de España (artículo de D. P. Rioja), está á 845 metros, siendo la altura de las poblaciones más importantes:

Soria.	1049
Almazán.	953
El Burgo de Osma.	945

Agreda.	937
Medinaceli.	1191
Yanguas.	994
Barahona.	1133
Villasayas.	1122
Vinuesa.	1102
Gormaz.	919

todas ellas, como se ve, superiores á 900 m.

Habiéndole hecho observar al Dr. Chibret la gran frecuencia y caracteres malignos del tracoma en poblaciones del Atlas de gran altitud, contestó que esa altitud estaba allí compensada por la alta temperatura. Cosa que seguramente no puede decirse de Soria cuya temperatura media según la Reseña Geográfica y Estadística de España publicada en 1888 bajo la dirección del Instituto Geográfico de Madrid fué en el decenio de 1871-80 en invierno + 4,1; en primavera + 9,7; en verano + 20,2; en otoño + 12,2; y la anual + 11,5.

Veamos lo relativo á raza.

Difícil es, sin estudios antropológicos detenidos, discernir qué raza predomina en el soriano, producto de mezcla entre celtas y celtíberos como originarios y árabes-berberiscos como elemento mezclado más recientemente. Teniendo en cuenta que el tipo celta peninsular más puro es el gallego-portugués creo aproximarme á la verdad afirmando que el soriano enjuto, vivo de movimientos, y bien proporcionado, es sin duda el menos celta de todos los peninsulares.

Siendo la proporción de granulosos por nosotros encontrada de un 11,5 por 100, es más que suficiente para deducir una frecuencia del tracoma que rechaza terminantemente la afirmación del sabio oculista español antes aludido.



Y si de la frecuencia pasamos á analizar la malignidad, aún encontraremos más patente la discordancia con la ley Chibret.

De los 117 granulosos hay 30 sin complicaciones, 45 complicados leves y 42 graves; entre estos figuran 12 ojos perdidos eliminando los dudosos que van incluidos en la sección *Oftalmía externa espontánea indeterminada*.

No es menos elocuente el dato relativo á contagiosidad. En la capital reside una familia de artesanos en la que he observado una anciana, sus dos hijas, un hijo y tres nietos todos granulosos simultáneamente con marcha progresiva de malignidad. De Gómara tengo también anotados 7 individuos correspondientes á dos familias, cuatro de ellos con lesiones graves. De Duruelo otros cuatro: uno grave y tres leves. En el Hospicio del Burgo practiqué un reconocimiento de 166 asilados encontrando 5 con granulaciones simples, 6 complicados leves y 2 graves, total 13. En el de Soria de 122 reconocidos ví 1, 4 y 6 respectivamente, total 11.

Agrupando todos los datos y juzgándoles en conjunto vemos que Soria está afortunadamente muy lejos de presentar la frecuencia y malignidad del tracoma en las provincias levantinas (Valencia el 33 por 100), pero es evidente que su altitud superior á 800 metros no la da la inmunidad supuesta por el oculista de Clermont Ferrand.

Me propongo continuar esta investigación en un trabajo más extenso, con datos relativos á gran parte de Castilla y toda Galicia.

Para el tratamiento de la granulación empleo medios variados en relación con su malignidad y las complicaciones que presente. Poco partidario de las

intervenciones destructoras de la mucosa que dan un éxito brillantísimo, pero á la larga ocasionan retracciones cicatriciales aún más temibles que las de la granulación, me he limitado al tratamiento clásico en los casos benignos y cuando la edad del paciente permitía suponer que podría *ir pasando* con una visión regular hasta el fin de la vida. Por el contrario en los casos malignos ó cuando el paciente era joven, intervine más activamente haciendo ligeros raspados con el escarificador seguidos de cauterización con nitrato argéntico mitigado sin que haya observado nunca á la larga esas retracciones cicatriciales á que me refería antes. Para hacerlos prescindimos de la anestesia general por innecesaria; la local con la cocaína en instilaciones repetidas á menudo durante la operación producen el efecto analgésico necesario para permitir el raspado de la parte tarsal sin gran molestia, y cuando esta parte se halla terminada, el espasmo del orbicular, causa principal del dolor en la inversión violenta del párpado, ha cesado por completo facilitando el arrollamiento al rededor de la pinza y descubrir libremente el fondo de saco para rasparle á su vez; si hay fimosis pronunciado, empiezo haciendo cantoplastía inyectando en el ángulo externo un cuarto de geringa de cocaína al 4 por 100.

Párpados

El triquiasis parcial le trato con suturas de Gaillard y cuando es total ó muy extenso y sobre todo si hay entropion, creo insustituible la operación de Panas. Una vez que la práctica ha enseñado al operador á enderezar el cartilago en la medida de lo nece-

sario según la marcha presumible del proceso causal (casi siempre tracomatoso), el resultado llega á obtenerse con seguridad; habiendo hecho desaparecer de nuestras clínicas esos horribles párpados, cuyos bordes desprovistos de pestañas y feamente ondulados por las cicatrices, eran ya inútiles para hacer su papel de protectores del ojo merced á una operación que, si libra á los pacientes del traumatismo de las pestañas, les deja los ojos sin defensa para las violencias exteriores; beneficio muy discutible puesto que la mayor parte de ellos están por razón de su oficio expuestos á la intempérie.

Y no digo esto como alarde inútil contra un procedimiento no usado ya. No hace muchos meses se presentó en nuestra clínica de Valladolid un maestro de instrucción pública de una provincia vecina en estado muy lastimoso á consecuencia de una intervención desdichada, que para librarle del entropion, ejecutó un especialista. En uno de los ojos el párpado superior completamente desprovisto de borde ciliar, formaba un rodete cutáneo que no solo dejaba sin protección el globo, sino que además le maltrataba con su contacto rudo, habiendo ulcerado la córnea en gran extensión, colocando al sujeto en condiciones de no poder ejercer la profesión por la fotofobia. El otro ojo aunque también muy maltratado por la falta de protección, no lo estaba tanto debido á que el triquiasis era solo parcial y se había extirpado únicamente el tercio interno del borde ciliar. La situación cambió en poco tiempo, gracias á una sencilla blefarorrafia parcial.

Vías lagrimales

La dracrio-cistitis crónica es con la granulación la causa más frecuente de ceguera en la provincia de Soria. Si sumamos los 10 casos de granulación con los 14 de muñon por traumatismo con vías lagrimales enfermas tendremos 24, número solo superado por la sección *oftalmia externa espontánea indeterminada* en la que se incluyen casos de muchas procedencias.

Mi conducta frente á un catarro de las vías lagrimales, varía con la intensidad de la afección. Desde el cateterismo simple hasta la destrucción del saco, he empleado todos los métodos sin apasionarme por ninguno. Cuando se anatematizó la destrucción del saco como un barbarismo sin defensa posible, continué haciéndola en los casos incurables por otros medios, dando más importancia á los hechos que á la opinión de los que sostenían que destruir el saco es tan ilógico como extirpar la vejiga de la orina para curar una estrechez uretral. Claro que planteado de ese modo el problema no cabe dudar; pero hablando así se confunden los términos. No es destruir la vejiga para curar una estrechez, sino para curar una cistitis rebelde á todos los medios, para extinguir un foco de supuración que amenaza al riñón, como la dacrio-cistitis amenaza gravemente al globo ocular. Si la extirpación de la vejiga urinaria fuera operación fácil y no comprometiese el cumplimiento de función tan importante como la escresción de la orina, no sería operación frecuentísima?



Opero de la manera siguiente: incindo la piel del ángulo interno, procurando alejarme bastante de la carúncula, de fuera á dentro, de delante á atrás y de arriba á abajo en toda la extensión de la pared antero-externa del saco. Practico una abundante irrigación con sublimado al 1 por 2.000, relleno con gasa iodo-fórmica y aguardo uno ó dos días á que el saco se deterja y permita ver bien los detalles del fondo de la herida. Cuando esto se ha conseguido, procedo á cauterizar con bolitas de algodón empapadas ligeramente en nitrato ácido de mercurio, tocando sucesivamente toda la superficie mucosa, repitiendo algún ligero toque en los días siguientes, si se ve algún punto sospechoso. Continúo la interposición de gasa iodofórmica hasta que la herida está del todo limpia, y entonces, suprimiendo la gasa, obtengo una buena cicatrización en unos días. He observado que el peligro principal está en suprimir el vendaje antes de la completa cutificación, reinfectándose la cicatriz, aún mal organizada, y volviendo las cosas al estado anterior á la operación.

El resultado es en general bastante satisfactorio; pues si bien suele quedar algo de epífora, esto es mucho menos peligroso para el globo que tener en la vecindad un foco infectante tan activo como las supuraciones crónicas del saco.

Cuando la afección no es tan grave empiezo el tratamiento por el cateterismo simple con sondas del número dos, previa dilatación del punto lagrimal inferior con el estilete cónico. Subo al cabo de unos días al tres y muy rara vez al cuatro; parece un proceder racional seguir dilatando con números más gruesos si el canal nasal permite difícilmente el paso á un estilete del tres; pero he renunciado á hacerlo así porque observé en algunos casos que el conductillo lagrimal

y aún más que él, el orificio común á los conductillos para abrirse en el saco, tienden á obliterarse reaccionando contra esa violencia por retracción cicatricial, de tal modo que al cabo de unos meses me fué imposible introducir ni una sonda del uno.

El cateterismo me ha bastado para curar en pocos días epíforas debidos á obstrucción con escasa ó ninguna secreción patológica. Pero en todos los demás he necesitado usar inyecciones detersivas ensayando con mejor ó peor resultado los medicamentos recomendados en estos últimos años. De entre todos ellos uso de preferencia para los casos benignos el líquido siguiente:

Sulfato de zinc . . .	15 centigramos
Violeta de metilo. . .	25 id.
Cloruro sódico. . . .	2 gramos
Acido bórico.	4 id.
Agua hirviendo. . . .	100 id.

Disuélvase y fíltrese.

Para los más rebeldes empleo una solución de formol al 1 : 200 que tiene el inconveniente de producir fuerte escozor, pero le encuentro muy superior al protargol. Este medicamento en sondas fusibles da á veces buen resultado pero otras se tolera mal.

Cornea

La queratitis traumática infecciosa es de las afecciones que destruyen más ojos en la población rural. En la sección de *ojos perdidos* figuran 16 que sufrieron la acción destructora del pus de las vías lagrimales después de un traumatismo insignificante. En los otros 6 que se presentaron teniendo aun las corneas

infectadas, conseguí detener el proceso destructor empleando un tratamiento enérgico. He renunciado á la trasfisión de Sæmish, porque falto de anestésico local bastante potente para insensibilizar tejidos inflamados (la cocaína es muy insuficiente para ésto, aun auxiliada por el extracto de cápsulas suprarrenales), (1) el sujeto contrae violentísimamente los músculos del ojo y párpados, proyectando con fuerza al acabar la sección querática el contenido de la cámara anterior y dando así lugar á un traumatismo del cristalino y á un cambio demasiado brusco de la presión intraocular que pudiera ser de funestas consecuencias.

En general preferimos el tratamiento siguiente: limpieza de las vías lagrimales inyectando el líquido violeta antes formulado; cauterización de todo el borde serpiginoso de la úlcera con una punta fina de galvano-cauterio; aplicando una pomada de yodoformo con eserina y un vendaje, si hay tendencia á la anestesia, cosa frecuente en los viejos y dejando al aire el ojo en caso contrario. Si hay hipertensión agrego una simple paracentesis y cuando la infiltración purulenta de la córnea es extensa y profunda, practico una inyección subconjuntival con solución acuosa de oxicianuro mercúrico al 1 por 2000.

La dionina me ha prestado grandes servicios para combatir los violentos dolores que atormentan á esta clase de pacientes. La uso instilando una solución acuosa al 4 por 100.

(1) En la actualidad ensayamos la adrenalina, que á juzgar por los primeros casos es mas eficaz; si bien nada podemos afirmar terminantemente por la escasez de datos.

Cristalino

De los 158 ojos operados se perdieron totalmente 8; presentaron complicaciones que comprometían la vista en permanencia y en grado importante 5, y complicaciones pasajeras ó que interesaban poco la función visual 9; quedando por consiguiente con resultado satisfactorio 136.

Analicemos los casos desgraciados. En uno de ellos acogido en el hospicio de Soria, la exploración que acostumbro á hacer sumariamente antes de intervenir, dió resultado positivo; pero después de la extracción permaneció la visión tan confusa que prácticamente podía considerarse nula. Hecha la exploración oftalmoscópica cuando el estado del ojo lo permitió, denunció numerosos cuerpos flotantes en el vítreo de origen coroideoano, que no desaparecieron apesar del tratamiento empleado.

El segundo era un sujeto de 68 años dedicado al pastoreo en Andalucía, que regresó á su país con una enfermedad debilitante crónica que más tarde diagnosticamos de leucemia. Con el desprecio que la cirugía antiséptica nos ha acostumbrado á mirar fuera del campo operatorio, hice la extracción sin preocuparme del estado general, viendo con sorpresa á las 48 horas que toda la córnea estaba blanca; pero no con el aspecto de infiltración purulenta sino simplemente necrosada sin participación de los tejidos inmediatos, que permanecían del todo indiferentes al proceso, hasta el punto de no haber ni siquiera in-

yeción conjuntival. El globo se atrofió en poco tiempo.

El último caso de visión perdida sin supuración fué el de una anciana de 66 años atacada de demencia senil. La operación se realizó sin que la paciente diera muestras más que de tener grandes deseos de recobrar la vista; pero á las pocas horas se quitó el vendaje porque aquello *no la hacía falta para nada* y como prueba irrecusable del buen estado de cicatrización palpaba sin cesar el colgajo corneal dislocándolo en todas direcciones, sin dar muestras de sensibilidad y miraba muy reposadamente á los que con súplicas y amenazas tratábamos inútilmente de evitar aquellas maniobras. Como la sujeción mecánica y los narcóticos hubieran tenido graves inconvenientes tuvimos que limitarnos á ver pasivamente cómo destruía nuestra obra. El resultado fué la esclerosis de todo el colgajo con pérdida completa de visión.

Los otros 5 casos son 4 de panoftalmía y uno en el que no fué posible hacer la extracción del cristalino. Era una mujer de 58 años que padeció en la juventud una grave afección inflamatoria de ambos ojos, para cuyo tratamiento la aplicaron sanguijuelas á las sienes. Diagnosticada catarata coroideana en ambos, adherente en el derecho, procedimos á la operación extrayendo fácilmente la del ojo izquierdo, pero no así la del derecho, que nos fué imposible extraer, apesar de una amplia iridectomía. Para colmo de desgracia de esta pobre paciente, la cicatrización, normal en el ojo derecho no lo fué en el izquierdo presentándose una irido-coroiditis plástica al principio, y más tarde purulenta, que destruyó por completo el ojo en que cifrábamos nuestras esperanzas. Por la marcha de la infección supúse que ésta era de naturaleza endógena.



Nos quedan, pues, 4 casos de infección traumática purulenta exógena.

Uno de ellos, operado en el hospital de Soria, tenía ocena, que combatí antes de operarle, practicando durante tres días irrigación nasal abundante con solución de cloruro sódico, ácido bórico y naftol. Dado de alta el séptimo día en buen estado de cicatrización, se inició el flemón á las 48 horas; retardamos, pero no evitamos la infección con la limpieza nasal.

En otro el flemón se presentó dentro del tercer día, teniendo como causa también el ocena, sin complicación lagrimal, que me pasó desapercibido. Descuido que no puedo menos de reprocharme sin atenuación, puesto que debió despertar mis sospechas el antecedente de haber perdido este sujeto el otro ojo á consecuencia de un traumatismo ligero.

Y últimamente señalaré un flemón de origen totalmente desconocido. ¿Se debió á los instrumentos, á gérmenes del fondo del saco conjuntival, de las manos del operador ó á otra causa de las que no se haga frecuente mención? Lo ignoro en absoluto. Lo único que puedo asegurar es el origen externo de la infección, puesto que empezó en el borde del colgajo.

De los 5 casos incluidos en la sección de complicaciones graves, el primero se refiere á un sujeto con catarata adherente, en el que después de una gran pérdida de vítreo fué imposible extraer el cristalino, teniendo que contentarme con una reclinación. Aunque no hubo desprendimiento retiniano, la gran pérdida de vítreo y el cristalino luxado, es muy probable que hayan acabado con la poca visión que le quedó.

El segundo recayó en un sujeto polisárcico con un gran arco senil. Aunque la extracción fué laboriosa

por el tamaño excesivo del núcleo, el resultado inmediato fué satisfactorio, salvo un ligero enclavamiento capsular; mas á los pocos meses se inició la esclerosis simultánea del colgajo, cápsula y vítreo, de marcha muy lenta, puesto que á los 5 años aun no había invadido más que un tercio del campo pupilar, pero no es aventurado pronosticar que si este sujeto vive unos años más, llegará á perder por completo la visión.

Los otros tres presentaron complicaciones inflamatorias graves, debidas á hernias del iris con supuración parcial del colgajo: la visión se conservó en parte, merced á intervenciones enérgicas con el cauterio y las inyecciones subconjuntivales.

De los 9 casos complicados leves puede hacerse dos grupos: en uno los enclavamientos con iritis y en el otro las opacidades capsulares y masas corticales. Las consecuencias para la visión fueron de poca transcendencia porque ninguno de los enclavados ha presentado complicaciones secundarias y las masas se reabsorbieron al menos en gran parte.

Vistos los resultados, examinemos el procedimiento usado para obtenerles.

En primer lugar instilo atropina (previo tanteo de la presión intraocular) para diagnosticar las complicaciones por sinequias, opacidades capsulares, etc. Una vez hecho el diagnóstico exploro la sensibilidad visual con la luz de una bugía, y si el resultado es satisfactorio, exploro los órganos vecinos, empezando por el saco lagrimal; si no hay epífora ni antecedentes que denuncien alguna afección de éste, me limito á hacer una ligera presión en su pared antero-externa, dejando los demás medios de diagnóstico para los casos muy sospechosos. De aquí paso á la nariz, explorando muy cuidadosamente si hay ocena.

Si descubro una dacriocistitis crónica, mi conducta varía, según que la secreción sea simplemente mucosa, purulenta ó albuminosa. En el primero y segundo caso hago tres ó cuatro inyecciones (una cada 24 horas) con la solución de violeta antes formulada; pero si el líquido es albuminoso, transparente, espeso, aconsejo al paciente un tratamiento todo lo largo que sea necesario hasta extinguir por completo la secreción, negándome terminantemente á intervenir sin ese trámite previo.

Las inyecciones de violeta no curan radicalmente la dacriocistitis mucosa y purulenta, pero modifican la secreción de tal modo que se puede intervenir sin temor á complicaciones. Así lo prueban 7 casos operados en estas condiciones y anotados entre los totalmente felices. En cambio la secreción albuminosa en nada se modifica por la acción del violeta, y aún con el formol al 1 por 100 y el cateterismo la extinción es larga de obtener.

Elocena le trato con irrigaciones abundantes de solución templada de ácido bórico al 4 por 100, cloruro sódico al 2 por 100 y naftol al 1 por 1.000. Excepto en el caso antes mencionado, que sólo retardamos la infección, en todos los demás (seis) hemos conseguido evitarla.

Respecto á vías digestivas, sistema nervioso, aparato respiratorio, etc., nada hacemos para evitar complicaciones, á menos que haya indicación especial; porque cualquiera medicación puede comprometer la salud de un anciano que ya está propenso á enfermar por haber salido de sus costumbres habituales en punto á residencia, alimentación, etc., y la utilidad de esos medios preventivos no es en tesis general tan grande que merezca complicar una operación que debemos hacer lo más sencillamente posible.

Previas estas precauciones instilamos cocaina al 4 por 100 y procedemos á la limpieza del campo operatorio frotando suavemente las cejas y párpados (que hemos hecho jabonar el dia antes á las personas poco cuidadosas) con una solución de oxicianuro mercúrico al 1 por 1.000, después la diluimos en su peso de agua y frotamos prolijamente las pestañas irrigando varias veces los fondos de saco con la solución nuevamente debilitada hasta el 1 por 3.000 y con una nueva instilación de cocaina escrupulosamente esterilizada damos por terminada la preparación del campo operatorio.

Hago la extracción simple tallando un colgajo casi escleral en la mitad inferior. He elegido este procedimiento después de practicar los demás en uso, reflexionando maduramente sobre las ventajas é inconvenientes de ellos.

El Dr. L. de Wecker, partidario decidido del colgajo superior, expone las ventajas del inferior de la manera siguiente: (1) «Su ejecución es más fácil, exige menos perfección en la asistencia, facilita la expulsión de la catarata permitiendo ayudarse para hacer salir las masas corticales con presiones dulces ejercidas por medio del párpado superior apenas levantado; si sobreviene una supuración parcial del colgajo es menos grave porque la posición de la herida permite curarla más fácilmente; si hay prolapso del iris la pupila demasiado hacia arriba, cuando se hace colgajo superior, queda oculta por el párpado correspondiente y por lo tanto inútil para la visión. Estoy convencido de la mayor frecuencia de los derrames de vítreo por la herida superior *cuando el operador es poco hábil* en razón á la fácil inversión del colgajo por la *separación*

(1) V. Traité complet d' Ophthalmologie T. 2.º, pág. 973.

forzada de los párpados que es indispensable. La queratotomía superior es incontestablemente preferible para los casos en que se trata de un ojo muy prominente, porque á menos que el colgajo no esté muy cuidadosamente tallado, la coaptación de los labios es imperfecta y el anterior es rechazado hacia arriba por el párpado inferior que le hiere. El litigio está hoy resuelto con la introducción de la antisepsia y la cocaína; los operadores hábiles y bien ayudados prefieren el colgajo superior por la buena coaptación y la garantía contra la infección que compensan ampliamente las dificultades operatorias. Es indiscutible sin embargo que un operador poco cuidadoso está más prevenido contra las cicatrizaciones irregulares haciendo queratotomía inferior, porque una vez infectada la herida es infinitamente más fácil hacer la cura directa, que cuando se halla recubierta por el párpado superior edematoso que permite muy difícilmente descubrir la parte superior de la cornea.»

Nada he de añadir en punto á ventajas de la queratotomía inferior que están perfectamente enumeradas, pero sí agregaré á las de la queratotomía superior otra que no suele escribirse: la discreción de las cicatrices complicadas en este método.

Y ahora hagamos un balance. En la superior la dificultad operatoria y la coaptación más fácil que previene contra la infección. En la inferior la facilidad de ejecución que previene pérdidas de vítreo, el acceso cómodo de la región interesada cuando haya que combatir complicaciones y la poca importancia de los enclavamientos para el resultado visual porque queda la pupila en la abertura palpebral.

El dato relativo á la frecuencia de las infecciones graves en cada uno de estos métodos es desgraciada-



mente una incógnita muy difícil de despejar porque los operadores cuando publican sus estadísticas suelen atender más á lo que éstas puedan influir sobre su futura clientela y á su amor propio de Académicos discutidores, que á patentizar la verdad. Aun recuerdo la profunda impresión que me hizo en los primeros años de mi ejercicio profesional una visita á la Clínica de un eminente oculista cuya nacionalidad no he de decir, porque quiero quitar al relato de este hecho todo carácter personal. Ponderábame las excelencias de una modificación operatoria poco usada entonces y en apoyo de sus afirmaciones me aseguró que hacía ya años no tenía complicaciones graves y algunos meses que tampoco las observaba ni aun leves. Cuando terminada la consulta nos disponíamos á salir del edificio, se acercó un ayudante á decir al operador, que se olvidaba de ver á los operados de cataratas, advertencia que no debió parecerle muy oportuna á juzgar por lo que reflejó su fisonomía; volvimos nuevamente á la Clínica y allí vimos siete operados de los cuales uno tenía infiltración extensa del colgajo y dos, iritis muy intensa!

Qué diferente es el lenguaje del que expone los resultados de su método operatorio del de este mismo operador cuando preconiza algún medio para combatir las complicaciones graves postoperatorias!

Antes todo marchaba tan bien que tocábamos el desideratum; estábamos ya bien lejos de aquellos ominosos tiempos en que surgía *de cuando en cuando* el fantasma de la supuración. Después aparecen como llovidos del cielo los casos complicados con infección grave enviados por la providencia para servir de piedra de toque á los nuevos remedios.

Descartado lo referente á la infección por las razo-

nes enumeradas, la elección no es dudosa; la operación de cataratas, como todas, debe simplificarse hasta el punto de que la puedan ejecutar no solo los hábiles, sino cualquiera que con la preparación necesaria deba ejecutarla.

Hago iridectomía previa cuando hay adherencias ó si por cualquier otra circunstancia juzgo peligroso el período de expulsión. Cuando la cápsula está opacificada total ó parcialmente la cojo con la pinza capsular; y solo si es tan resistente que no muerdan en ella las pinzas la extraigo en bloque con el cristalino por medio de la cucharilla. En todo caso instilo unas gotas de solución esterilizada de eserina. Creo evitar en lo posible por este medio los enclavamientos y hernias: digo en lo posible, porque á mi juicio los que atribuyen importancia decisiva al emplazamiento de la incisión olvidan que la catarata senil es el principio de una degeneración seguida más ó menos pronto de la de todos los tejidos del ojo no vasculares, entre ellos el vítreo, y cuando este es difluente se deforma y llevándose el iris por delante se insinúa en la herida sea cualquiera el emplazamiento de esta. Recuerdo el caso que me sugirió la anterior reflexión. Apenas operada de catarata doble una paciente, joven, de 50 años y bien nutrida, se la presentaron vómitos pertinaces que al principio contuvo lo posible ó dejó salir sin gran esfuerzo ni cambio de decúbito; pero como persistieran durante horas acabó por olvidarse completamente de la operación, exhalaba gritos de dolor y se retorció violentamente dejando colgar la cabeza fuera de la cama cuando la acometía el vómito. En esta situación permaneció unas 12 horas y cuando al día siguiente levanté el vendaje para remediar algo los destrozos que yo suponía grandes, me sorprendió ver ambos ojos como si en aquel

momento hubieran sido operados, es decir sin empezar la cicatrización pero sin la menor complicación. Después la marcha fué normal y el resultado satisfactorio.

Cuántas veces por el contrario, al terminar la operación ya se ve la tendencia á la hernia en los movimientos algo extensos del globo y al levantar la primera cura nos la encontramos apesar de todas las precauciones.

Refracción y acomodación

Observamos en esta clase de pacientes un hecho que llama poderosamente la atención. La miopía que es debida, según casi todos que de ella han escrito, á los esfuerzos de acomodación y patrimonio por consiguiente de las clases ilustradas y de las que ejercen oficios que exigen la aplicación prolongada de la vista á objetos menudos, aparece aquí con los caracteres completamente opuestos, sirviendo como de contra prueba lo observado con la hipermetropía. El número de miopes (43) es muy elevado tratándose de una provincia donde la instrucción, si bien no está desatendida, generalmente se limita en la mayoría de las personas á enseñar á leer, escribir y contar hasta los diez años, no volviendo los hombres á esforzar su acomodación sinó muy raras veces. Con ser ya algo elevada esta cifra tiene menos importancia que su distribución en clase de miopes; y sobre todo lo más característico son las anomalías de desarrollo que acompañan á la miopía. De los 43 miopes, 41 lo son de más de cuatro dioptrías y entre ellos hay 31 analfabetos ó muy poco instruidos y solo doce que han hecho esfuerzos de acomodación (Maestros que á la vez desempeñaban

otros cargos, costureras, etc.) Heredaron la miopía 15, la mayor parte de ellos iletrados con progenitores también iletrados. Ocho presentaban á la vez que la miopía las anomalías de desarrollo siguientes: Coloboma del iris—enanismo—deformidad raquítica de la cabeza—sordomudez y cabeza deforme—asimetría muy notable de la cabeza con exoftalmía de un lado y endoftalmía del otro—imperforación del ano, enanismo y cabeza deforme—heteroforía infero-interna—atrofia papilar congénita del otro ojo sin vicio de refracción en él.

Todos estos hechos unidos hablan elocuentemente en favor de la miopía como regresión orgánica, debida quizá á causas locales que nos proponemos estudiar en el trabajo á que nos referimos al hablar de la granulación.



