

---

# GACETA MÉDICA DE MÉXICO

---

PERIODICO

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEXICO.

---

## CLÍNICA EXTERNA.

### LIGERAS REFLEXIONES ACERCA DE LAS HERNIAS Y ADHERENCIAS IRIDIANAS CONSECUTIVAS A LA OPERACION DE LAS CATARATAS.

Las hernias y sinequias iridianas despues de la extraccion de la catarata son un hecho tan comun, y por decirlo asi tan vulgar, que á primera vista parece que ya no se deberia tratar un punto por demás sabido, estudiado y tratado; á pesar de esta opinion, hay muchos libros que tratan la materia de un modo teórico y nada clínico; otros, más prácticos son incompletos; algunos aconsejan medios inútiles ó perjudiciales, y por último, si estas consideraciones no bastasen, ahí andan multitud de enfermos operados de cataratas que son pruebas vivas de que no se han sabido prevenir ni remediar estos peligrosísimos accidentes.

No es ahora el momento de saber cuál es el procedimiento de la extraccion de la catarata que deba preferirse, ni tampoco si uno solo es el aceptable siempre y por siempre con exclusion de los demás; pero si debemos indagar cuál ó cuáles de esos procedimientos exponen más ó menos á los accidentes que ahora estudiamos.

Para hacer esta valorizacion no estudiaremos todos y cada uno de los procedimientos propuestos, sino que harémos tres grandes divisiones: en la primera se verifica la extraccion haciendo un gran colgajo, le llamaremos método de Daviel y sus análogos: en la segunda colocaremos todos los que hacen la extraccion por una incision lineal, con ó sin iridectomía, y le llamaremos de Graefe y sus modificadores: en la tercera y última pondremos á todos los que son partidarios de los pequeños colgajos medianos corneales, ó esclerótico-corneales, como los belgas Warlomont y Lebrun, Liebreich, Michel, Notta, etc.

De una manera general se puede decir que el gran colgajo expone, y mucho, al prolapsus iriano, más en la keratotomía inferior que en la superior. Que en las extracciones lineales la pequeñez de las incisiones hace que sea difícil la salida del cristalino y se contunde por lo mismo el iris, y trae tambien por ser perifé-

rica la seccion la hernia iriana; corregida ó quitada ésta por la iridectomía que casi siempre completa este modo de extraccion. Que los colgajos medianos rara vez permiten el prolapsus grande del iris; pero si facilitan los pequeños. Las adherencias y enclavamientos irianos son muy frecuentes en las incisiones lineales, si no se tiene un gran cuidado en el aseo de la herida. En los colgajos medianos las adherencias y los enclavamientos son casi la regla, el estrechamiento, deformacion, restiramiento y desaparicion de la pupila son muy frecuentes. En los grandes colgajos de Daviel y sus secuaces, quitado el riesgo del gran prolapsus, el enclavamiento y las sinequias son raras; cuando es el procedimiento subconjuntival, puede haber una hernia que yo llamo intersticial, y que no he visto mencionada en los autores, y despues describiré.

Cualquiera que sea el procedimiento puesto en uso, la eleccion de ciertos instrumentos facilita ó dificulta estos accidentes; el cuchillo de Graefe tiene el defecto de ser muy estrecho y necesitar para terminar una seccion ó colgajo un número de movimientos de sierra, tanto más numerosos cuanto mayor es la altura de dicha seccion; estas maniobras alargan la operacion, exponen á la salida prematura del humor acuoso, á la herida del iris, y no dando una seccion corneal neta sino con colas ó dentelladuras, dificultan la adaptacion y rápida cicatrizacion de la herida.

Un cuchillo triangular de filo ligeramente convexo, tal como el que hemos adoptado, y que permite hacer la seccion corneal de un solo golpe y por simple propulsion, da una herida neta, de fácil adaptacion y cicatrizacion.

Cualquiera que fuese el procedimiento, si la seccion no es proporcionada al volumen del cristalino; si ya por este ó por instrumentos introducidos en el ojo se ha contundido el iris ó deformado la herida; si la discision capsular ha sido insuficiente; si un colgajo de cápsula, sale ó se enclava en la herida, todos estos casos facilitan ó determinan hernias, adherencias, ó enclavamientos iridianos.

La indocilidad de los enfermos que se entregan á movimientos constantes y á esfuerzos perjudiciales, ó su mucha pusilanimidad que hace que estén comprimiendo el globo ocular con los párpados, exponen tambien á estos accidentes. El uso del cloroformo para estas operaciones, perjudica de dos maneras: al volver los enfermos en sí, hay muchas veces una excitacion de vuelta, y se entregan los operados, hágase lo que se quiera, á una gimnasia palpebral, y de los músculos del globo ocular, que comprimen fuertemente y acarrear la prociencia ó enclavamiento iridiano, y aun la salida del cuerpo vítreo, ó bien vienen vómitos y esfuerzos, los cuales las más veces no podemos ni prevenir, ni quitar cuando se manifiestan.

La naturaleza y modo de poner el apósito sobre los ojos operados, impide ó facilita estos accidentes segun el procedimiento usado; así, en los procedimientos lineales una compresion del globo ocular, si no es útil no perjudica, por la

fácil adaptacion natural de la herida; si el colgajo es grande, una compresion fuerte predispone á la hernia iridiana; pero en donde es perjudicial aun siendo moderada, es, en los procedimientos de colgajo mediano y pequeño, porque casi con seguridad ocasiona los accidentes que venimos estudiando.

El uso de los midriáticos ántes y despues de la operacion, exponen tambien á estos accidentes, porque la dilatacion pupilar anterior á la abertura de la córnea se pierde luego que ésta se verifica, y le sucede á menudo el espasmo iridiano; despues, porque como yo lo he demostrado hace tiempo, los midriáticos no obran miéntras que la cámara anterior está abierta, y si excitan el lagrimeo, irritan el ojo y retardan la cicatrizacion de la herida.

Las consecuencias de los accidentes que venimos estudiando, son bien sabidas, y por esto mismo debemos evitarlas; unas perjudican el resultado de la operacion haciéndola ineficaz, parcial ó totalmente, como son las cicatrices viciosas que acarrean el astigmatismo, los estafilomas irido-corneales, los desalojamientos, restiramientos, deformaciones y oclusiones pupilares, los otros perjudican al órgano mismo y á su vida ulterior, teniendo que perderse primitiva ó consecutivamente, por las iritis, irido-ciclitis, irido-coroiditis, y por los accidentes glaucomatosos que á menudo las acompañan.

El tratamiento de estos accidentes podemos dividirlo en preventivo, y curativo cuando ya aconteció el accidente.

El primero tiene á su disposicion medios médicos y quirúrgicos, el segundo podemos decir que es simplemente quirúrgico.

**TRATAMIENTO PREVENTIVO.**—El éxito de la eserina puesto en uso por Wecker, aunque dicho autor no dé una teoria satisfactoria de su accion, es indudable, pues aumenta la contraccion fisiológica del iris, despertada ya por el cambio de medio en que funciona el iris de un ojo abierto por una herida. Su empleo debe ser casi general, excepto en ciertos casos de cataratas blandas que han dejado restos intra-oculares. La eleccion y ejecucion del procedimiento operatorio, impedirá más ó ménos estos accidentes: de un modo general las secciones lineares y la extraccion por gran colgajo son preferibles á las secciones de colgajo mediano, las cuales irán sin duda desapareciendo de la práctica, quedándose para operadores tímidos, poco diestros, y que se contentan con resultados á medias y de escasa duracion, pero en cambio más fáciles de obtenerse.

**EL APÓSITO Y SU APLICACION.**—De preferencia uso el método Listeriano, el lint antiséptico, y el algodón desinfectado, son los útiles principales junto con un simple vendaje: no me detendré en sus pormenores, por otra parte bastante conocidos, sino solo en su modo de obrar mecánico: en efecto, este apósito ó no comprime el globo ocular, ó lo comprime más ó ménos. Si lo primero puede ser ventajoso, dañoso ó indiferente, segun el procedimiento empleado: un colgajo amplio kerático ó kerático-conjuntival sin compresion, expone á la precidencia iridiana: una seccion de colgajo mediano cicatriza ventajosamente sin

compresion una seccion linear, puede estar sin compresion ó comprimida moderadamente, poco importa para el éxito final. Si lo segundo, es decir, si hay compresion, es indiferente, como acabamos de decir para la seccion lineal, es ventajoso para el amplio colgajo y es nocivo para el colgajo mediano y sus derivados. Expliquemos esto particularmente: el ojo con sus párpados cerrados y comprimidos sobre su globo, está bien inmovilizado por sus férulas naturales, perdóneseme la comparacion, las cuales mantienen en quietud y en afrontamiento la herida ocular, la cual además tapan casi herméticamente: éstas condiciones que de un modo general son muy buenas para una cicatrizacion cualquiera, no son todas siempre favorables para la cicatrizacion sin accidente de la herida corneal; pues que una herida en la córnea no es una herida como cualquiera otra, sino que tiene condiciones especiales, muy propias del órgano: en efecto, mientras que no hay una cicatrizacion completa, las cavidades del ojo comunican con el exterior, los humores de sus cámaras se modifican con la secrecion conjuntival y con el contacto del medio exterior; éstos á su vez traen una irritacion secretoria, y este exceso de humores tiene que salir al exterior: si la comunicacion del ojo con el exterior se interrumpe pronto, pronto cesa este estado; si la cicatrizacion se retarda, la irritacion secretoria persiste hasta que aquella se verifica. Si la abertura de comunicacion ó secrecion corneal es muy amplia, la salida del liquido intra-ocular es fácil; si la abertura es más ó ménos estrecha, será más ó ménos difícil; si la herida está comprimida y tapada, será bien difícil la salida del liquido de la cámara ocular; si no está en estas condiciones, por el contrario, su salida será fácil.

Cuando el liquido sale paulatinamente y con facilidad, no modifica las partes movibles intra-oculares, pero cuando hay dificultad en la salida, hay aumento de presion intra-ocular, el liquido llega á vencer la resistencia, y sale, pero bruscamente y con interrupciones, como á *borbotones*, perdóneseme la palabra, y esos empujes mueven y empujan la parte movable que encuentra á su paso, que no es otra cosa más que el iris, el cual se aplica, se adhiere á la cámara, se enclava ó se interpone entre los labios de la herida corneal. Hé aqui explicada la utilidad de la compresion en la seccion de gran colgajo, y por qué es perjudicial en las secciones de pequeño colgajo mediano. Hé aqui por qué el iris se adhiere en su centro pupilar y más rara vez en su periferia.

Si á pesar de lo dicho ántes, el iris se hernia y se adhiere, pueden presentarse varios casos. El iris se hernia primitivamente durante la operacion, á pesar de que se reduce y se extiende con la espátula, la herida no se afronta perfectamente, lo mejor es hacer una iridectomia. El iris se hernia en los primeros dias que siguen á la operacion, ó entreabre despues la herida, la tapa del interior al exterior, se adhiere en sus márgenes, se abulta, y una cicatriz cistoide poco á poco lo va cubriendo: lo indicado es hacer pronto la iridectomia amplia, y evitar en cuanto se pueda que quede el iris enclavado en los ángulos de la

herida, porque la cicatriz al retraerse, deforma, restira y desaloja la pupila, quedando expuesto el ojo al astigmatismo, al estafiloma y á la iritis é irido-coroiditis glaucomatosas y áun simpáticas. El iris puede herniarse aún de otro modo, el que he llamado intersticial; este hecho no ha producido accidentes, por eso no aconsejo tratamiento.

El enclavamiento iridiano retarda la cicatrizacion más ó ménos tiempo, segun la amplitud de la parte enclavada; las simples sinequias suelen no retardar el proceso cicatricial; pero de todos modos estos accidentes producen desde la iridalgia simple hasta las iritis y sus variedades, las irido-ciclitis, irido-coroiditis y los accidentes glaucomatosos. Estos accidentes suelen sanar espontáneamente, despues de hacer sufrir á los enfermos vivos dolores, pero las más veces reclaman para la seguridad del ojo y tranquilidad del operador, ya la iridectomia, ya la iritomia.

NOTA.—Hernia intersticial. En el procedimiento kerato-conjuntival que me es propio, he visto una vez cicatrizar la periferia de la incision, es decir, la conjuntiva, formando una pequeña bolsa adonde se fué á alojar una gran parte del iris, el cual contrajo adherencias sólidas con el quiste esclerótico-conjuntival, dejando la vision en buen estado y la pupila semilunar.

México, Febrero 1º de 1882.

R. VÉRTIZ.

---

### LA HEMORRAGIA COMO ACCIDENTE CONSECUTIVO EN LA OPERACION DE LA FISTULA ANAL

He dado principio á un trabajo relativo á la seccion á que pertenezco, á la Estadística; debia haberlo concluido desde la sesion pasada, y entónces prometí acatar la prescripcion reglamentaria el día de hoy. Notorios son los trabajos de la Secretaria con motivo de la discusion que viene verificándose en el seno de la Academia, y esto ha impedido el que pudiese verificar el trabajo que vengo preparando; por otra parte, cómo tratar un asunto de estadística en momentos en que las sesiones se han prolongado por falta de tiempo para ventilar una cuestion de la más alta trascendencia en el porvenir? Mas teniendo que cumplir un deber y prometiendo presentar á la Academia más tarde mi trabajo, voy á ocupar un momento su atencion con el relato de un hecho clínico, que por sus circunstancias y terminacion puede servir de enseñanza para otro igual que á alguno de vosotros pudiera presentarse.

El Sr. Zapata, Administrador del molino de aceites del Puente de Solano, en esta Capital, de cosa de unos 40 años de edad, de fuerte constitucion; hacia algun tiempo que sufría las consecuencias de una fistula del ano, que por sus frecuentes inflamaciones terminadas por pequeños abscesos, y ser preciso que per-