

precipitados en la cámara anterior, pequeños puntos blanquecinos sobre el iris, etc., alteraciones que Vossius encontró igualmente en algunos de los conejos inoculados.

He concluído con lo que se refiere á las manifestaciones de la lepra ocular. El carácter enteramente descriptivo de mi pequeña Memoria, me excusa de reasumir en tres ó cuatro proposiciones mi modo de pensar, ya que las conclusiones que sentara, mal condensarían mis ideas sobre el asunto.

Debo no obstante hacer notar que la lepra que es una misma en Europa, Asia, ó América, si acaso con pequeñas diferencias debidas al clima ó á la raza, produce en México, perturbaciones en el aparato de la visión, iguales á las que se conocen en el Viejo Continente.

México, Noviembre de 1890.

AGUSTÍN CHACÓN.

OFTALMOLOGIA.

DOS HECHOS RELATIVOS A LA CATARATA.

DOY á entretener la benévola atención de la H. Academia, con dos hechos relativos á la catarata, que por salir de lo común, y por las consideraciones prácticas á que se prestan, ofrecen á mi modo de ver algún interés.

I. El primero de estos hechos se refiere á una señora afectada de catarata árido-silicéosa, y que procedente de Huajuapam, Estado de Oaxaca, vino á solicitar mis servicios, en mi consultorio particular.

Se trata de una persona de 50 años de edad aproximadamente, y de buena constitución, que hace treinta años comenzó á sufrir perturbaciones oculares en el ojo izquierdo, las cuales consistieron en percepción de moscas, enturbiamientos, y disminución de la agudez visual, terminando al cabo de un tiempo corto, que la paciente no puede precisar, en la abolición de la vista en el ojo afectado.

Asegura no haber tenido jamás dolores oculares ni circunorbitarios;

no haber presentado nunca inyección conjuntival, lagrimeo, ni otro síntoma más ó menos marcado; todo se limitó á la pérdida gradual de la visión, que como antes he dicho fué completa al cabo de poco tiempo. Hace unos cuantos meses, el ojo derecho, que hasta entonces había permanecido indemne, comenzó á presentar un enturbiamiento semejante, al decir de la enferma, al que en su principio sufrió el ojo derecho.

No habiendo oculistas en el lugar de su residencia, la paciente se resignó con la pérdida de la visión en el primer ojo; pero alarmada con los síntomas que comenzaron á desarrollarse en el derecho, se resolvió á emprender un camino largo y penoso á fin de hacerse tratar en la metrópoli, de sus perturbaciones oculares.

Tal es en sustancia, el conmemorativo suministrado por la enferma, no habiendo encontrado en el interrogatorio que la dirigí ninguna otra cosa digna de comunicar á esta ilustrada Sociedad.

El examen funcional del ojo izquierdo me hizo ver que en él la agudez visual era nula; la enferma no podía siquiera contar los dedos ni aun á pequeñas distancias. Su facultad cromática, perdida; la percepción luminosa intacta en todos los puntos del campo visual; en la cámara oscura distinguía la situación de la llama de una lámpara colocada en distintas posiciones, y delante de una ventana, notaba claramente el paso de la mano por delante de su ojo.

En el ojo derecho, la agudez visual se encontró disminuída, y la facultad cromática intacta.

Pasando al examen físico, pude apreciar lo siguiente: á la simple vista noté una opacificación, que por su sitio y por su aspecto, debía encontrarse en el cristalino y en su cápsula. Dicha opacidad se alejaba no obstante, por sus caracteres, de las cataratas vulgares, y sobre este punto quiero llamar la atención de la Academia.

No es común en nuestros tiempos, observar cataratas que lleven 30 años de existencia; los enfermos, por regla general, se hacen operar en tiempo oportuno, y por esta razón me propuse observar cuidadosamente las modificaciones regresivas que con el tiempo se presentan en el cristalino opaco. Es bien sabido que con el transcurso de los años, la catarata tiende á absorberse poco á poco, y no falta quien haya dicho que si la vida pudiera prolongarse por tiempo suficiente, la catarata se curaría siempre por absorción, de una manera espontánea; esta opinión no puede sin duda alguna admitirse en todos casos, pues es común que al mismo tiempo que algunas capas del cristalino opaco se absorban, otras se incrus-

ten de sales calcáreas (fosfato y carbonato), muy especialmente en la proximidad de la cristaloides; lo que puede dar por resultado que la catarata se reduzca, en último análisis, á una especie de cáscara abundantemente provista de elementos minerales, que por su analogía con el género de frutos llamada silicua por los botánicos, y que por el aspecto cretáceo de su superficie ha recibido el nombre de catarata árido-silicuesa. Este proceso degenerativo é incrustante, dista mucho, como se comprende, de una verdadera curación, y aun se opone á veces de una manera poderosa al tratamiento quirúrgico, á causa de las dificultades de extracción de una catarata semejante.

No es raro en tales casos que al retraerse la lente cristaliniana, pierda sus conexiones naturales con la zónula de Zinn, y que se luxa más ó menos aumentando así las dificultades de la operación; el iris, careciendo entonces de su apoyo habitual, puede ofrecer el movimiento vibratorio que se ha designado con el nombre de iridodonesis, y la catarata misma, presentando cierta movilidad, que se hace muy aparente en los movimientos del globo ocular, forma entonces la curiosa variedad designada con el nombre de catarata trémula, la cual se observa sobre todo cuando por lesiones nutritivas del ojo, el cuerpo vítreo se ha reblandecido.

En otras circunstancias, por lo contrario, la cápsula alterada en su estructura contrae adherencias anormales más ó menos extensas y numerosas con el iris, presentándose sinequias posteriores, que pueden también dificultar la operación.

El examen de mi enferma me demostró la falta de iridodonesis y de tremulación del cristalino, encontrando, en cambio, varias adherencias del iris con la cristaloides, hacia abajo y adentro sobre todo, lo que se conocía perfectamente por el aspecto del borde pupilar y por su manera de reaccionar á la luz. El aspecto de la catarata era muy interesante: su color, en lugar de ser uniforme, presentaba distintos matices en sus diversas partes; la cápsula anterior se presentaba bajo la forma de un saco irregularmente plegado, sin que sus pliegues ofreciesen ni de un modo aproximado, la disposición radiante; en los lugares en que la cristaloides presentaba las arrugas más marcadas, el color brillante cretáceo de la opacificación demostraba la presencia de las sales calcáreas incrustantes; en los lugares intermedios, el color se aproximaba á ser lechoso, y había algunos puntos que aunque escasos parecían casi transparentes; llamo la atención sobre este punto, que la parte menos cargada de sales calcáreas era la porción nuclear, lo cual es lo que comunmente se observa, al decir de los autores, en casos como el que describo.

En el ojo derecho, el examen á la simple vista me reveló la existencia de algunos puntos opacos situados á no dudarlo en el cristalino, sin observar ninguna otra cosa especial.

El examen oftalmoscópico demostró este modo de ver, revelándose la existencia de una catarata cortical incipiente, que permitía ver con toda claridad la papila y el resto del fondo del ojo; el mismo examen en el ojo izquierdo, y el empleo del alumbrado oblicuo, me confirmó en las ideas que por la simple inspección me había formado, convenciéndome, además, de que era imposible ver el fondo de dicho ojo á través de la lente y de su cápsula opacificadas.

En vista de esto, me fué fácil formar el juicio de que se trataba de lo siguiente: catarata muy antigua árido-silicúosa, con adherencias del iris á la cristaloide en el lado izquierdo; catarata cortical periférica incipiente en el lado derecho.

Expresé á la paciente mi opinión con toda lealtad, haciéndole ver que para intervenir en el ojo derecho era indispensable esperar la madurez de la catarata, y que en el ojo izquierdo, la intervención podría presentar serias dificultades, sin tener la seguridad de que un éxito brillante coronase la intervención. Teniendo en cuenta estas reservas, la enferma se sometió voluntariamente á las eventualidades de la operación, á la cual procedí dos días después en compañía del Sr. Dr. D. Emilio F. Montañó.

La queratotomía practicada hacia arriba no presentó nada de particular; pero desde que introduje el quistitomo pude asegurarme al desgarrar la cápsula, de la dureza excesiva de ésta y de su adherencia con las capas lenticulares que habían resistido á la absorción; dichas capas se movían en masa con la cápsula.

Una presión moderada sobre el globo ocular sólo logró expulsar ligeras porciones del cristalino opaco, que aun presentaban una consistencia blanda; comprendiendo que insistir en tales maniobras era peligroso, me resolví á introducir unas pinzas de iridectomía é intenté extraer con ellas la catarata; en la primera tentativa logré arrastrar fuera del ojo un fragmento del cristalino opaco, lo que me permitió entrever negra la pupila en la parte correspondiente, cerciorándome por esto de que la cristaloide posterior había escapado á la opacificación; esto auguraba hasta donde era posible el éxito de las maniobras.

Alentado con mi primera tentativa continué en la misma vía, y procuré abarcar con las pinzas la parte más grande que me fué posible del cristalino con su cápsula anterior opacificadas; escollé la primera vez, por-

que la masa opaca se escapó del instrumento, notando sin embargo, que dicha masa ofrecía una gran movilidad, lo que me dió aún más ánimo para hacer un nuevo ensayo, el cual fué coronado de éxito, pues logré extraer el cristalino y su cápsula casi en totalidad, lo que me demostró el color negro que tenía en seguida casi toda la pupila. Sólo quedaron pequeñas porciones opacas, cuya extracción pude hacer de la manera más fácil y con excelente resultado, quedando la pupila perfectamente negra y redonda, prueba clara de que el iris no fué desgarrado al destruir sus adherencias con la cápsula anterior; la enferma pudo en el acto contar y reconocer los dedos, y aun distinguir mis facciones, en cuanto puede hacerse habiendo afaquia.

Para asegurar el resultado de la operación, practiqué una inyección desinfectante en la cámara anterior, adapté de la mejor manera posible los labios de la herida corneal, y puse la curación correspondiente.

Tengo el gusto de mostrar á los señores académicos la catarata reducida á fragmentos como fué extraída.

Llama la atención que las adherencias del iris hubiesen cedido con tal facilidad; de no ser así, el caso se hubiera complicado extraordinariamente, pues como antes dije eran múltiples, y por lo mismo poco hubiera podido esperarse de la iridectomía.

Es muy digno de observar también la transparencia perfecta de la cristaloides posterior, y la buena fortuna que tuve de no desgarrarla, como lo demuestra el hecho de que no escurrió ni la más pequeña cantidad de cuerpo vítreo.

La marcha consecutiva de la herida no presentó nada notable, y doce días después la enferma fué á mi consultorio con objeto de que le determinara sus lentes, consiguiendo una agudez visual muy satisfactoria.

Para ser completo debo decir, que próxima á partir á su país natal, la enferma sufrió accidentalmente un traumatismo en el ojo operado, lo que ocasionó que la herida corneal volviese á abrirse y que el iris se inflamase; combatido el mal oportunamente pudo conjurarse, y la paciente fué á despedirse de mí la víspera de su partida.

Independientemente de las consideraciones patológicas á que se presta el caso que acabo de referir, viene á probar una vez más que no conviene desanimarse aun en los casos más complicados; y visto el resultado que obtuve, yo me atrevería á aconsejar el proceder seguido en casos análogos al descrito, ya que en los autores clásicos hay sobre el particular gran divergencia de opiniones.

II. Se refiere el segundo caso á una catarata traumática producida en una niña de nueve años de edad, á consecuencia de un piquete con una aguja, la que interesó á no dudarle la córnea, y que atravesando la cámara anterior punccionó al cristalino.

Como es sabido, el proceso que sigue á este género de traumatismos es muy variable, según la edad del paciente y la extensión de la herida capsular. En los adultos, y con mayor razón en los ancianos, la imbibición de la substancia propia del cristalino, por el humor acuoso, va seguida no sólo de la opacificación de aquella lente, sino de la aparición de accidentes glaucomatosos, de tal manera graves que exigen una violenta intervención. No bastan algunas veces los mióticos para conjurar tales accidentes, y todo el mundo está de acuerdo en que si tal cosa pasa, sin pérdida de tiempo se debe proceder á practicar una iridectomía á fin de disminuir los fenómenos de hipertonia, y que consecutivamente debe extraerse la lente opaca.

En los niños, los accidentes glaucomatosos son muy raros, y bien puede sujetarse algún tiempo al enfermo á una prudente expectación.

La amplitud de la herida capsular tiene una importancia extrema en el resultado del traumatismo; cuando dicha herida es suficientemente extensa, lo más común es que el humor acuoso impregnando al cristalino con toda facilidad, la opacificación de este medio diáfano sea seguida de su absorción completa, obteniéndose de esta manera una curación espontánea. Yo mismo he podido observar este accidente en un joven residente en Huisquilúcan (Estado de México), que sufrió una amplia herida en la cápsula anterior. Aun en estos casos la edad tiene una influencia decidida, siendo excepcional en los viejos y muy raro en los adultos, que los acontecimientos sigan una marcha tan favorable, y necesitándose casi siempre de una intervención activa.

Si la herida capsular es muy pequeña, ó bien se reduce á una simple picadura, como en la enferma de que me ocupo, y la marcha de los fenómenos es muy diferente; la substancia lenticular hace entonces hernia á través de la pequeña herida, y como se hincha por su imbibición en el humor acuoso, forma un tapón que se opone con energía á la penetración de aquel humor en las capas más profundas del cristalino, pudiendo permanecer opacas y sin absorberse las capas corticales que se han dejado infiltrar. En tales casos, y aun cuando se trate de un niño, la intervención quirúrgica se hace indispensable, pues de otro modo las cosas podían quedar indefinidamente en tal estado y el ojo quedar inútil.

Esto pasó en la enfermita, objeto de mi observación. Quince días después del accidente no se presentaba el más ligero indicio de la absorción de las capas opacificadas. Convencido de la rareza del glaucoma en los niños, y teniendo en cuenta que la discisión, cuando está indicada, es mucho más sencilla y benigna que la extracción del cristalino, procedí á practicar aquella operación, empleando el cuchillo llamado en "*serpette*," de Galezowski, previa desinfección y anestesia local. La operación no presentó dificultad alguna; muchas de las masas corticales pasaron á la cámara anterior, dejándolas abandonadas allí á la acción absorbente del humor acuoso.

Seis días más tarde pude convencerme de que la absorción no continuaba ya, resolviéndome á practicar una segunda discisión, con excelente resultado, pues pude ver que las masas opacas se desbarataron enteramente bajo la acción del cuchillo, poniéndose inmediatamente negra la pupila en una gran parte de su extensión.

Los fenómenos de absorción marcharon con mayor rapidez después de la segunda operación; la última vez que ví á la paciente sólo quedaban algunos restos; la niña contaba y reconocía los dedos, y la pupila se hallaba en perfecto estado.

Debo añadir que no se presentaron fenómenos glaucomatosos ni inflamatorios de ningún género, no obstante que para practicar las discisiones instilé previamente sulfato de atropina. Esto viene á demostrar una vez más lo inocente que es en los niños aquella operación aplicada á la catarata blanda, lo cual debe hacerla preferir á la extracción. Es justo añadir, que además de la atropina empleé la eserina, cuya acción aconsejo en estos casos, pues dicho alcaloide, sin oponerse á la acción sensiblemente midriática de la atropina, impide el desarrollo de accidentes glaucomatosos.

México, Mayo 27 de 1891. — J. RAMOS.

FISIOLOGIA.

INCONGRUENCIA ENTRE NUESTROS SENTIDOS.

TODOS sabemos que la clientela, la ciencia y el ejercicio de la profesión son demasiado exigentes para con el médico. Se nos exige una salud inquebrantable, actividad, un inturbable buen humor, paciencia hasta el fin del mundo, el médico ha de ser ambidextro y debe gozar del pleno uso de todas sus facultades y de sus cinco sentidos, á no decir nada del sexto sentido, el sentido común, que no es para nada tan común como su clasificación parece dar á entender.