

¿ES LA FACOERESIS UN PROCEDIMIENTO IDEAL PARA LA EXTRACCION DE LA CATARATA?

Trabajo presentado por el Dr. A. Torres Estrada en la Academia N. de Medicina, el 11 de mayo de 1932.

Hace un año mi distinguido maestro, el Sr. Dr. D. Daniel M. Vélez presentó ante esta H. Corporación un trabajo sobre la operación de la catarata, en el cual después de analizar cada uno de los diversos procedimientos propuestos se declaraba partidario de la extracción clásica con iridectomia y capsulotomía. Consideraba los métodos de extracción intracapsulares, o totales, inconvenientes y peligrosos, especialmente el de Barraquer, que por la succión que hace la ventosa aumenta aún más los peligros e inconvenientes. Por mi parte, cuando tuve el honor de comentar dicho trabajo y la película cinematográfica que fué exhibida, convine con mi estimado maestro en considerar el método de Barraquer como un procedimiento sumamente peligroso, difícil y que no presentaba en realidad grandes ventajas sobre el método clásico por capsulotomía. Hasta esos momentos mis ideas tenían un fundamento simplemente teórico hacia la facoeresis y teórico práctico en relación con la extracción combinada con la capsulotomía y también con relación al método de extracción total por medio de la pinza.

Me encontraba tan convencido y tan adicto al método clásico, con las modificaciones a que más adelante me refiero, que ni por un momento pensaba en abandonarlo y esta adhesión y convencimiento reposaban en dos hechos fundamentales e incontrovertibles: la obtención en la mayor parte de mis operados de una agudeza visual normal, o casi normal y el hecho verdaderamente excepcional de tener alguna pérdida de vítreo.

No fué sino a raíz de la celebración del 3er. Congreso Panamericano, en el mes de julio de 1931, cuando tuve la oportunidad de es-

cuchar un trabajo del Dr. Ramón Castro Viejo, quien se declaraba de cidido partidario de la extracción por el método de Barraquer y hacía hincapié en que sólo por este procedimiento era posible extraer el cristalino sin desgarrar la cápsula y sin tener que hacer presiones en ninguna parte del globo ocular. Días más tarde tuve el honor de ayudar a este joven y hábil operador en algunas operaciones de catarata que practicó en el Hospital General y en el de Nuestra Señora de la Luz, algunas por el método de Barraquer y otras por medio de la pinza capsular de Virchoff y quedé verdaderamente cautivado del primero de dichos procedimientos y de la perfecta ejecución de la intervención. Desde entonces tuve el deseo muy natural de ensayar el procedimiento; pero no era fácil adquirir en México un buen aparato de Barraquer por el momento, encargarlo era hacer un desembolso bastante fuerte para una simple experiencia y por un procedimiento hacia el cual conservaba algunos recelos. Entonces concebí la idea de mandar fabricar uno que haría funcionar por medio de una máquina de succión común y corriente; de la misma manera que ví operar al Dr. Castro Viejo y lo cual hacía para demostrar que no era necesario el vacío vibratorio del aparato original, en cuyos detalles insiste capitalmente el autor del procedimiento. Pero habiendo resultado imperfectos los primeros modelos en el sistema de válvulas y habiendo tenido noticia de que el original del autor frecuentemente sufría descomposturas en dicho mecanismo, opté por suprimirlas creando el modelo que tengo el honor de presentar a ustedes y en el cual las válvulas quedan remplazadas por el dedo. Una vez que obtuve este modelo de erisifaco, sencillo e indescomponible lo sometí a varias pruebas y cuando estuve satisfecho de su funcionamiento lo usé en el hombre, habiendo comenzado por aplicarlo en dos pacientes con cataratas coroides, cuyas retinas eran insensibles a la luz. Los resultados fueron altamente satisfactorios: en uno de los enfermos, que además presentaba luxación de la catarata, la extracción fué hecha con asombrosa facilidad. A partir de estos dos casos comencé a practicar la facoerisis en ojos con cataratas normales y después de haber ejecutado un número suficiente para haberme formado un criterio preciso de la intervención he querido venir a comunicar a esta respetable corporación el resultado de dichas intervenciones.

La operación de la catarata, ideada por David en el año de 1752, ha mantenido vivo desde entonces el interés de los cirujanos oculistas

quienes de una manera incesante han encontrado motivos suficientes para estudiar y discutir los problemas que atañen a esta intervención y sería verdaderamente prolijo entrar por ahora en el estudio de cada uno de ellos y en el de los diversos métodos de extracción. Sólo me limitaré hacer notar que en la actualidad se distinguen dos grandes grupos de operaciones: las extracapsulares y las intracapsulares. En las primeras se incide la cápsula cristalina para extraer el núcleo y las masas cristalinas opacas y en las segundas se extrae el cristalino entero, con su cápsula intacta previa luxación de éste. Existen por lo tanto dos grupos de operadores: unos que practican la extracción extracapsular y otros la intracapsular. Unos y otros aducen razones en favor y en contra sin llegar a un acuerdo definitivo y lo cierto es que cada día abundan más los cirujanos que practican la extracción total, aun cuando éstos constituyan una verdadera minoría en relación con los que ejecutan la extracción con capsulotomía. La Revista Cubana de Oftalmología ha verificado una encuesta, encabezada por el Dr. Yáñez, para tomar la opinión de todos los oculistas del mundo a fin de conocer el criterio reinante sobre el mejor procedimiento de extracción de la catarata y aun cuando la encuesta no está cerrada, ni se han dado a conocer los resultados finales, el estar-se verificando dicha encuesta indica por sí la importancia, la trascendencia enorme del problema y lo dividido que están las opiniones.

Los partidarios de la extracción intracapsular aducen en favor de esta intervención varias razones:

Ser una intervención más quirúrgica; no dejar restos capsulares que dificulten posteriormente la visión, o que hagan necesaria una segunda intervención; secuela postoperatoria más feliz desde el punto de vista de las complicaciones de origen inflamatorio; posibilidad de practicar la operación aun cuando la catarata no haya llegado al pleno período de madurez.

Los partidarios de la extracción extracapsular aducen en favor de esta operación:

Ser de ejecución más fácil; exponerse mucho menos a las pérdidas del vítreo; obtener agudezas visuales tan perfectas como las obtenidas por la extracción total; no ser un inconveniente grave el tener que practicar posteriormente la discisión de los restos capsulares cuando estos dificulten la visión; que los métodos totales no están exentos de fuertes reacciones inflamatorias post-operatorias; que

tiene menos peligro de enclavamiento, prolapsos del iris y del vítreo; tener menos propensión al glaucoma post-operatorio; que los ojos operados no presentan la desviación de la pupila, ni la deformación de la cámara anterior que puede observarse algunas veces en los operados por el otro procedimiento.

Si analizamos todas las ventajas apuntadas en favor de los métodos intracapsulares veremos que casi todas también las tienen los extracapsulares. Principalmente en lo referente a la visión, que es sin duda el punto más importante y el objetivo principal del operador, los métodos extracapsulares pueden competir airoosamente con los intracapsulares. La persistencia de restos de la membrana cristaloides no tienen la importancia que exageradamente le han dado los partidarios de los otros procedimientos, en primer lugar porque dicha membrana generalmente es lo bastante transparente para permitir una visión perfecta y además no es comparable el inconveniente de practicar una discisión de dicha membrana, que exponerse a tener una pérdida de vítreo, que por muy pequeña que sea siempre es muy grave. La secuela post-operatoria feliz, desde el punto de vista inflamatorio, es verdadera para la generalidad de los casos; pero también es cierto que se pueden observar reacciones inflamatorias graves después de las extracciones intracapsulares; además, teniendo cuidado de operar con todas las precauciones debidas, estando el enfermo bien preparado y operando siempre cataratas bien maduras, tampoco hay reacciones inflamatorias por los métodos extracapsulares; además las ventajas que puede haber desde este punto de vista están contrarrestadas por los accidentes de orden mecánico como enclavamiento, etc., que se vascula deliberadamente aún cuando después se establezca la circulación por una sutura perfecta.

La ventaja de no romper el diafragma cristaloides-zonular es tan grande y esto es tan evidente, que se puede apreciar claramente operando una catarata por uno y otro procedimientos.

En la extracción total apenas sale el cristalino adherido a la ventosa, el iris es rechazado hacia la córnea, la pupila se dilata al máximo y el vitreo se asoma entre los labios de la herida. En la extracción extracapsular, después de haber salido el cristalino, la cámara aumenta de profundidad, el iris no es empujado por el vítreo hacia la córnea, ni se dilata la pupila como en el procedimiento anterior y es posible extraer con toda calma las masas cristalíneas y reponer el iris

para evitar un enclavamiento. Un hecho altamente elocuente, que viene a corroborar lo anterior, es que en dos de mis primeros operados por el método de Barraquer se presentaron hernias subconjuntivales del vítreo algunas horas después de practicada la operación y que no se pudieron apreciar sino en el momento de hacer la primera curación, hernias que se verificaron a pesar de la sutura del colgajo conjuntival y que gracias a ella no fueron de consecuencias graves. Estos dos contratiempos y dos enclavamientos de iris, de mayores consecuencias, me hicieron adoptar sistemáticamente un método de sutura más firme, como es el de Kalt y que más adelante describiré.

En la actualidad llevo practicadas poco más de 25 extracciones por el método de Barraquer entre las cuales puedo señalar cinco pérdidas de vítreo durante el acto operatorio, un enclavamiento del iris y un prolapso de esta membrana con pérdida del ojo. En los demás operados no ha habido accidentes durante la operación; pero en dos se presentaron hernias subconjuntival de vítreo y en tres reacciones inflamatorias bastante intensas, siendo los resultados finales bastante buenos.

Por otra parte, he practicado la extracción total por medio de la pinza capsular en una serie de ocho casos habiendo salido correctamente en tres, en otros tres se rompió la cápsula al hacer la presa y en dos hubo pérdida de vítreo. Aún cuando anteriormente he practicado varias veces la extracción total por este procedimiento con mejores resultados, ha sido siempre en casos apropiados, de cataratas con cápsula gruesa y completamente maduras, en las que casi espontáneamente sale la catarata entera.

Si tenemos en cuenta las estadísticas publicadas con relación a los resultados de la facoerisis, se verá que en conjunto arrojan entre un 20% y 25% de pérdida de vítreo, cifra que concuerda con los resultados que he obtenido en mis enfermos y que estimo enormemente elevada para una complicación operatoria tan grave.

Nunca será exagerado insistir en los peligros de la pérdida vítreo, y aun cuando es verdad que los resultados inmediatos a veces son bastante buenos, frecuentemente a la larga sobrevienen complicaciones tan graves como el despegamiento de la retina, la hipotnía ocular y aún la atrofia del globo. Otras veces, dentro de una apariencia perfecta, y una transparencia absoluta de los medios, el enfermo alcanza una visión imperfecta, lo cual es debido a la presencia

del vítreo en la cámara anterior, que determina astigmatismos irregulares por la diferencia de índice de refracción del humor acuoso y del vítreo.

La facoeresis es un procedimiento elegante, sugestivo y que induce de una manera casi irresistible a practicarlo cuando se la ha visto hacer. Se obtienen con él resultados magníficos que convencen de una manera contundente; pero también inesperadamente produce fracasos. Si no fuera por el convencimiento que tengo de que las pérdidas del vítreo son inherentes al procedimiento y de una frecuencia casi aterradora, yo adoptaría para todos mis operados el método de Barraquer; pero este grave inconveniente me hace por ahora abstenirme y sólo lo emplearé en lo sucesivo en aquellos casos en que no sea de esperarse una pérdida del vítreo. Sin embargo, debo confesar que una buena sutura previa y una segunda sutura cuidadosa de los labios de la herida ha venido a convertir la pérdida del vítreo incomparablemente menos grave que cuando no se hacía la sutura del colgajo, y es de esta manera como vemos ojos que ante pérdidas de vítreo alcanzan una buena agudeza visual.

La sutura que he adoptado es la de Kalt, que toma por una parte el tejido propio de la córnea y por otra la conjuntiva, el tejido epiescleral y las láminas más superficiales de la esclera. Procuero dejar además, un buen colgajo conjuntival que lo suture cuando es necesario por varios puntos separados y es de esta manera como no he vuelto a tener pérdidas de vítreo, ni enclavamientos del iris.

El método de extracción combinada con cápsulotomía y puente conjuntival es el que he seguido por varios años y con él he obtenido siempre, de una manera regular, muy buenos resultados. Operando por este procedimiento, las pérdidas del vítreo se hacen casi imposibles por las razones anatómicas que antes he explicado y sólo puede sobrevenir dicho accidente por un movimiento brusco del enfermo, o que éste apriete los párpados, o que exista un marcado grado de hipertensión ocular; pero felizmente contamos con recursos para eliminar estos peligros.

El más temible de todos ellos es la presión brusca de los párpados sobre el globo ocular y para evitarlo practico sistemáticamente, desde hace más de ocho años, la paralización temporal de los párpados. He usado para este objeto diversas técnicas; pero la que me ha dado mejores resultados es la siguiente: inyección de 10 c. c. de una

solución de nocovaina al 3% sobre dos líneas que se cruzan formando una X sobre el hueso malar, de las cuales la primera parte del lóbulo de la oreja y termina arriba de la cola de la ceja, como a un centímetro de distancia de ésta y la segunda que parte de la sien y termina sobre el borde inferior del hueso malar. La inyección deberá ser lo más profunda posible, es decir, sobre el periostio de los huesos de la cara. Después de cuatro o cinco minutos el enfermo acusa una paresia de los párpados que es bastante para ejecutar la operación sin peligro y que si es necesario se puede retrasar hasta obtener la paralización completa de ellos.

En cuanto a los movimientos bruscos del globo ocular, se pueden evitar administrando previamente bromuro al enfermo e inyectando durante la anestesia una pequeña cantidad de novocaina con adrenalina atrás del globo ocular. De esta manera, la anestesia es más profunda, los movimientos bruscos desaparecen y tiene además una acción hipotonizante muy marcada, que hace aún más seguras las maniobras de la operación.

La hipertensión deberá ser tratada previamente por los mióticos, la iridectomía previa y la inyección retrobulbar de adrenalina-novocaina y sobre todo, se tendrá especial cuidado de no operar ninguna catarata sin antes haber medido la tensión ocular, tal como lo preconiza el Dr. H. Ferrer de la Habana.

No todos los accidentes de la operación de la catarata se refieren únicamente al acto quirúrgico, sino que la secuela post-operatoria encierra aún sorpresas desagradables y para contrarrestarlos he adoptado algunos detalles de técnica que aumentan la seguridad en el éxito. Los accidentes post-operatorios pueden ser de origen mecánico o infeccioso, entre los primeros se encuentra: la hernia y el prolapso del iris; la inversión y eversión del colgajo corneo conjuntival; el cavalgamiento de este sobre el párpado superior; el enclavamiento de la cápsula, o de la conjuntiva en los labios de la herida, etc. Entre los de orden infeccioso se encuentran: las queratitis, la úlcera de la córnea, el retardo de la cicatrización de la herida, el esfacle del colgajo conjuntival y aun del corneal, las iritis, hifemas, hipopión y abscesos del vítreo y las panoftalmítis.

Para contrarrestar estas dos clases de peligros nada he encontrado tan seguro y eficaz como el puente conjuntival, a condición de que debe ser lo más ancho posible. El puente tiene la propiedad de

adherirse a la esclerótica, gracias a la fibrina, en unos cuantos minutos, al grado de que muchas veces es necesario despegarlo para ejecutar algunas de las maniobras de la operación y debido a esta propensión a soldarse tan rápidamente hace imposible el abatimiento en inversión del colgajo conjuntival, evita que la herida se abra y por lo tanto impide la salida del iris a través de ella; por otra parte, dada la disposición de los vasos que irrigan la conjuntiva del colgajo, hace que no sufra en su nutrición, porque dichos vasos caminan sobre el puente conjuntival aseguran una cicatrización más rápida y proporcionan mayor número de defensa contra la infección. Desde que vengo usando el puente conjuntival puedo ufanarme de no haber tenido jamás ninguna de las complicaciones antes mencionadas, con excepción de algunos casos de iritis más o menos benignas y que han obedecido principalmente a la presencia de sangre o de masas cristalíneas en la cámara anterior.

Con todas estas precauciones, que se refieren al acto operatorio y a la secuela post-operatoria, unidas a todas las que se refieren al estado general del enfermo, tales como el tratamiento previo de la arterioesclerosis, la diabetes, la albuminuria, la infección focal, etc., y siguiendo una técnica cuidadosa, metódica y segura, considero de buena fé que la operación de la catarata; erizada de por sí de un sinnúmero de peligros, se convierte en una operación inocua y de resultados seguros. Sin duda que algunas de estas maniobras, como la aquinesia y el puente conjuntival dificultan y embroman un poco la intervención; pero sus ventajas están por encima de todas las objeciones que se les puedan señalar.

Resumiendo lo anteriormente expuesto en unas cuantas líneas tenemos:

Existen en la actualidad dos métodos de extracción de la catarata; extracapsulares e intracapsulares. Los primeros abren la capsula cristalínea y los segundos la extraen en su envoltura.

Los métodos totales tienen su principal argumento en pró en la obtención de una pupila limpia de restos capsulares, que no se obtiene por los métodos extracapsulares. Sin embargo, la visión es tan perfecta en uno como en otro de dichos procedimientos.

Los métodos totales rompen el diafragma constituido por la capsula y la zónula abren la hialoides por las adherencias que normalmente tiene con la cristaloides. De esto se deriva una propensión

muy grande a la pérdida de vítreo durante y aún después de la operación, que alcanza un 25% en los operadores más hábiles.

Los métodos extracapsulares respetan dicho diafragma y hacen imposible la pérdida de vítreo, a menos que haya otro factor que lo determine.

Para eliminar los peligros de este accidente por parte del enfermo, deberá hacerse sistemáticamente la paralización temporal de los párpados y la inyección retrobulbar de novocaína-adrenalina.

Los accidentes post-operatorio de orden mecánico e infeccioso se previenen de una manera casi segura dejando el colgajo corenal pendiente de un ancho puente conjuntival.

COMENTARIOS:

Dr. Julián Villarreal.—Lamento que el Dr. Vélez no esté presente porque estaría más autorizado para hablar de este asunto, puesto que cultiva la especialidad que yo he abandonado desde hace muchos años. Nombrado en unión del Dr. Vélez para examinar a los enfermos del Dr. Torres Estrada, pudimos observar 4 pacientes, recientemente operados con uno u otro procedimiento, respectivamente, habiendo podido ver que los últimos operados por el procedimiento de Barraquer todavía tenían algo de infiltración de la córnea y el mismo Dr. Estrada nos decía que esta córnea estaba infiltrada pues fué lastimada por el traumatismo tan intenso que sufrió al extraerse con la ventosa el cristalino. En uno de los enfermos se ve una pequeña porción de cristalino, en el campo interno que, probablemente en alguna de las maniobras, al retirar el cristalino con la ventosa, se rozó con el colgajo y dejó una porción del cristalino opaco que no obstruía, sin embargo, la pupila. Todos los enfermos estaban en buenas condiciones y los de capsulotomía tenían algo de opacidad que, sin embargo, dejaba la pupila con bastante transparencia y todos veían bien aunque la escisión que se hace en el iris es bastante considerable, sobre todo en los que fueron operados con el procedimiento de Barraquer. Felicito al Dr. Torres Estrada por su trabajo y por haber querido cerciorarse por sí mismo, de las dificultades que puede haber con el procedimiento antiguo y con el moderno que tanto rui-

do ha hecho en el mundo científico. En una de las películas hemos visto cómo se verifica la salida del humor vítreo, lo que puede suceder con alguna frecuencia, según el mismo Dr. Estrada nos lo ha explicado, dada la unión de la cristaloide con la hialoides. Las consecuencias de la salida del humor vítreo deben ser para el cirujano muy de temer, porque puede venir una hipotonía en el globo del ojo y hacer que la visión disminuya mucho. Haré notar que el mismo Dr. Estrada nos manifiesta, su poca disposición a seguir el método de Barraquer, no obstante haber visto a un cirujano cubano muy hábil, emplearlo con éxito. Tal vez en el porvenir cuando los instrumentos sean más perfectos pueda hacerse mejor la operación; mientras tanto, los que son afectos a él, creen que tiene muchas ventajas y lo encuentran brillante, pero a él se le antoja algo así como un juego de malabarismo que puede realizarse en fuerza de habilidad: alcanzarse el cristalino, cogerlo y sacarlo con una rapidez extraordinaria; pero se ve toda la extensión que hay que dar al colgajo corneano que es un traumatismo muy serio, previa la sutura de la córnea y la esclerótica para corregir, precisamente, este defecto primero de la operación y que forma una brecha que hay que cerrar, para que por allí no se escapen los humores del ojo, sobre todo el humor vítreo. En el procedimiento antiguo, que también nos ha mostrado el Dr. Torres Estrada en la película, se aprecia la habilidad con que hace la sección de la córnea así como un procedimiento particular que él emplea dejando un colgajo conjuntival de puente. El autor del procedimiento me confió que no había encontrado dificultad en hacer la extirpación del cristalino, introduciendo el quistitomo y la cucharilla debajo de la conjuntiva; sin embargo, insisto en que para realizar esto, se requiere una habilidad muy grande, porque el colgajo es muy ancho y hay que emplear precauciones para hacer estas maniobras, el Dr. Torres Estrada tal vez lo realice, sin esfuerzo, merced a su gran habilidad, pero siempre es una dificultad seria que coloca el procedimiento fuera del alcance de la generalidad. Presencí en Europa, operaciones realizadas con mucha habilidad por los más eminentes cirujanos.

Wecker, Maselon, Galezouski, personas del siglo pasado y del presente, pero los procedimientos que ellos empleaban y aun emplean algunos cirujanos eran más sencillos y accesibles a la mayoría puesto que no requerían una habilidad especial para practicar la operación; procuraba que el corte de la córnea no fuera más de una terc-

ra parte de la circunferencia y frecuentemente ví e hice yo mismo la operación de la catarata sin hacer la iridectomía. Mi maestro y amigo inolvidable, el profesor Fernando López, uno de los más reputados oftalmólogos mexicanos, procedía de esa manera; yo lo ví operar y obtener excelentes resultados y solamente en casos particulares hacía la iridectomía y pocas veces quedaban opacidades que hicieran necesaria una segunda intervención. Creo, como el Dr. Torres Estrada, que el procedimiento de Barraquer todavía necesita algunas modificaciones que eviten el traumatismo tan extraordinario que sufre el ojo y que predispone a que salga el humor vítreo; felicito al Dr. Torres Estrada por sus trabajos y por el empeño que ha mostrado por traer a la Academia sus resultados y manifestar los adelantos que hay en este ramo.

Dr. Antonio Torres Estrada.—Agradezco los elogios que se me han dirigido y deseo hacer una aclaración acerca del puente conjuntival: no todos los fracasos se refieren al acto quirúrgico, sino que muchos se presentan en la secuela post-operatoria; estos fracasos dependen de dos categorías de causas, de origen mecánico y de origen infeccioso. Entre las primeras se cuentan el abatimiento y la inversión del colgajo conjuntival, el enganchamiento del párpado dentro del colgajo corneal, la abertura de los labios de la herida con interposición o salida del iris, formando a veces una pequeña hernia y otras un prolapso, la salida del humor vítreo, los enclavamientos capsulares, etc. Entre las causas de origen infeccioso se encuentran el retardo de la cicatrización, la gangrena del colgajo conjuntival, las queratitis post-operatorias, las iritis, las iridociclitis, el hifema, el hipopión y hasta la panofalmitis, complicaciones que son debidas en su mayor parte a que permanecen los labios de la herida entreabiertos, lo que favorece la infección. La mejor manera que he encontrado para prevenir todas estas complicaciones es dejar un puente conjuntival bastante ancho, el cual conserva sin dividir los vasos que lo nutren así como los que aseguran la nutrición del colgajo corneal; por otra parte la fibrina que secreta hace que se adhiera rápidamente a la esclerótica y la herida operatoria queda herméticamente cerrada al terminar la operación. Es tan eficaz esta adherencia que muchas veces cuando se alarga un poco el acto operatorio se hace necesario despegar el puente con la espátula para poder penetrar al ojo y terminar la operación. Otras veces se ha visto formar-

se una hernia del iris a los lados del puente cuando éste ha sido angosto y ha sido lo suficientemente amplio para cerrar toda la incisión. Esta oclusión de la herida tan rápida y tan completa que proporciona el puente conjuntival pone a salvo de una manera absoluta de todas las complicaciones de orden mecánico y también de las de orden infeccioso. Desde que vengo usando dicho puente no he vuelto a observar ni las queratitis post-operatorias que son relativamente frecuentes, ni mucho menos complicaciones más graves.

En los operados que presenté por el método de Barraquer y que fueron operados sin dejar puente conjuntival pudo observarse todavía una ligera infiltración de la córnea en el lugar correspondiente a la cicatriz, tal como lo hizo notar el Sr. Dr. Villarreal y lo atribuyo a la deficiente nutrición del colgajo, de cuyo defecto adolece la queratotomía sin el puente conjuntival. Siguiendo sistemáticamente la técnica de dejar un puente conjuntival lo más ancho posible y haciendo previamente la paralización temporal de los párpados he podido salir adelante en todos los casos de extracción de catarata, aún en los más difíciles, tratándose por ejemplo de alcohólicos, individuos con delirio senil, asmáticos, individuos que han tenido vómitos después de la intervención, así como también en los diabéticos y en los albuminúricos. Convengo en que dichas maniobras hacen la operación más difícil y complicada; pero en cambio proporcionan una seguridad muy grande con lo cual compensa sobradamente dichas dificultades.

RESUME

Jusqu'à l'époque où le Dr. Daniel M. Velez présente un travail à l'Académie Nationale de Médecine, le Dr. Torres Estrada était aussi favorable que son Professeur, à la méthode classique d'extraction de la cataracte et basait sa conviction: d'abord, sur ce qu'il avait obtenu, dans la majorité de ses opérations, une acuité visuelle normale ou presque normale et ensuite, sur le fait, vraiment exceptionnel, de ce qu'il y avait quelque perte de vitreux.

Après avoir entendu un travail du Dr. Ramón Castro Viejo, partisan décidé de l'extraction suivant la méthode de Barraquer, et avoir aidé celui-ci dans quelques opérations, il a été conquis à la méthode de Barraquer et voulut l'essayer.

Comme il n'existe pas à Mexico de bon appareil de cet auteur, le Dr. Torres Estrada a créé un modèle, qu'il présente à l'Académie, qui remplit parfaitement son but et qui, lui a permis d'employer ce procédé un nombre de fois suffisant pour lui permettre de préciser son opinion.

Il analyse dans cette étude, avec les données que lui donne son expérience les différents procédés et résume sa façon de penser dans les termes suivants:

“Il existe actuellement deux méthodes d'extraction de la cataracte: extracapsulaires et intracapsulaires. Dans la première méthode on ouvre la capsule cristalline et dans la seconde on l'extrait de son enveloppe.

“Le principal argument en faveur des méthodes totales est que l'on obtient une pupille libre de restes capsulaires, ce qui n'arrive pas avec les méthodes extracapsulaires. Cependant, la vision est aussi parfaite dans l'un comme dans l'autre procédé.

“Les méthodes totales rompent le diaphragme constitué par la capsule et la zonule et ouvrent la hialoïde par les adhérences que les cristaloides ont normalement. Il dérive de ceci une propension très grande à la perte de vitré pendant et même après l'opération, qui atteint 25% avec les opérateurs les plus habiles.

“Les méthodes extracapsulaires respectent le diaphragme et rendent impossible la perte de vitré moins qu'il y ait un autre facteur qui le détermine.

“Pour éliminer les dangers de cet accident de la part du malade, il faut systématiquement faire la paralysation temporaire des paupières et l'injection retrobulvaire de novocaïne-adrenaline.

“Les accidents post-opératoires d'ordre mécanique et infectieux, sont prévenus d'une façon presque certaine, en laissant le lambeau cornéal continué d'un large pont conjonctival.

SUMMARY

Until the time when Dr. Daniel M. Velez presented a report to the National Academy of Medicine, Dr. Torres Estrada was as favorable as his Professor, to the classical method of extraction of the cataract, basing his conviction first, on the obtainment, in the greater number of cases of a normal or almost normal visual agudeza, and secondly, in the fact, really exceptional, of having a loss of vitre.

After hearing the paper of Dr. Ramon Castro Viejo, dediced partisan of the extraction by Barraquer's method and after assisting him in several operation, he was captivated by Barraquers's method and tried to follow same.

As there was no good apparatus of this kind in Mexico, Dr. Torres Estrada created a model, presented now to the Academy, which fulfills perfectly its object, and which permitted him to practice the method in a number of cases sulars and intracapsulars. In the first one the cristalinian capsule is opened,

With the data obtained from his experience, he analyzes those different methods, in this paper, and resumes his way of thinking as follows:

“There are actually two methods of extraction of the cataract: extracapsulars and intracapsulars. In the firstone the cristalinian capsule is opened, and in the second it is extracted from his envelope.

“The total methods have their principal argument their in favor, in the obtaining of a pupil clear from capsular rests: which is not obtained with the

extracapsular methods. Notwithstanding, the vision is as perfect in one method as in the other.

“The total methods break the diaphragme constituted by the capsule and the zonule, and open the hialoides by the adherences that they normally have with the cristaloids. From this comes a very great propension to the loss of vitre during and even after the operation, which reaches 25% with the most skillful operators.

“Extracapsular methods spare the diaphragm, and made imposible the loss of vitre, unless there is another factor to determine it.

“To eliminate the dangers of this accident, on the patient's part, the temporary paralysis of the eyelids, and the retrobulbar injection of novocaina adrenalina, must systematically be made.

“Post operatory accidents of mechanical or infectious order can be avoided, almost certainly, leaving the colgajo corneal pending from an large conjunctival bridge”.

DISTINCION PARA EL PRESIDENTE DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

La Asociación Médica Franco-Mexicana organizó una Sesión Extraordinaria en honor del ilustre sifilógrafo francés Alfredo Fournier para el día 7 del actual mes de julio, habiendo sido invitado para presidir dicha sesión en compañía del Presidente de dicha Asociación, Dr. Gabriel M. Malda y del Sr. Ministro de Francia M. Eirik Pierre Labonne, el Presidente de la Academia de Medicina Dr. Demetrio López.

En dicha Sesión el Excelentísimo Señor LABONNE impuso al Doctor Demetrio LOPEZ las insignias de “Officier d'Instruction Publique” en nombre del Gobierno de la República Francesa.

El Señor Secretario Perpetuo de la Academia Doctor Alfonso PRUNEDA informó a esta Corporación de la distinción recibida por su Presidente, en nombre de la misma felicitó al Señor Doctor López.