

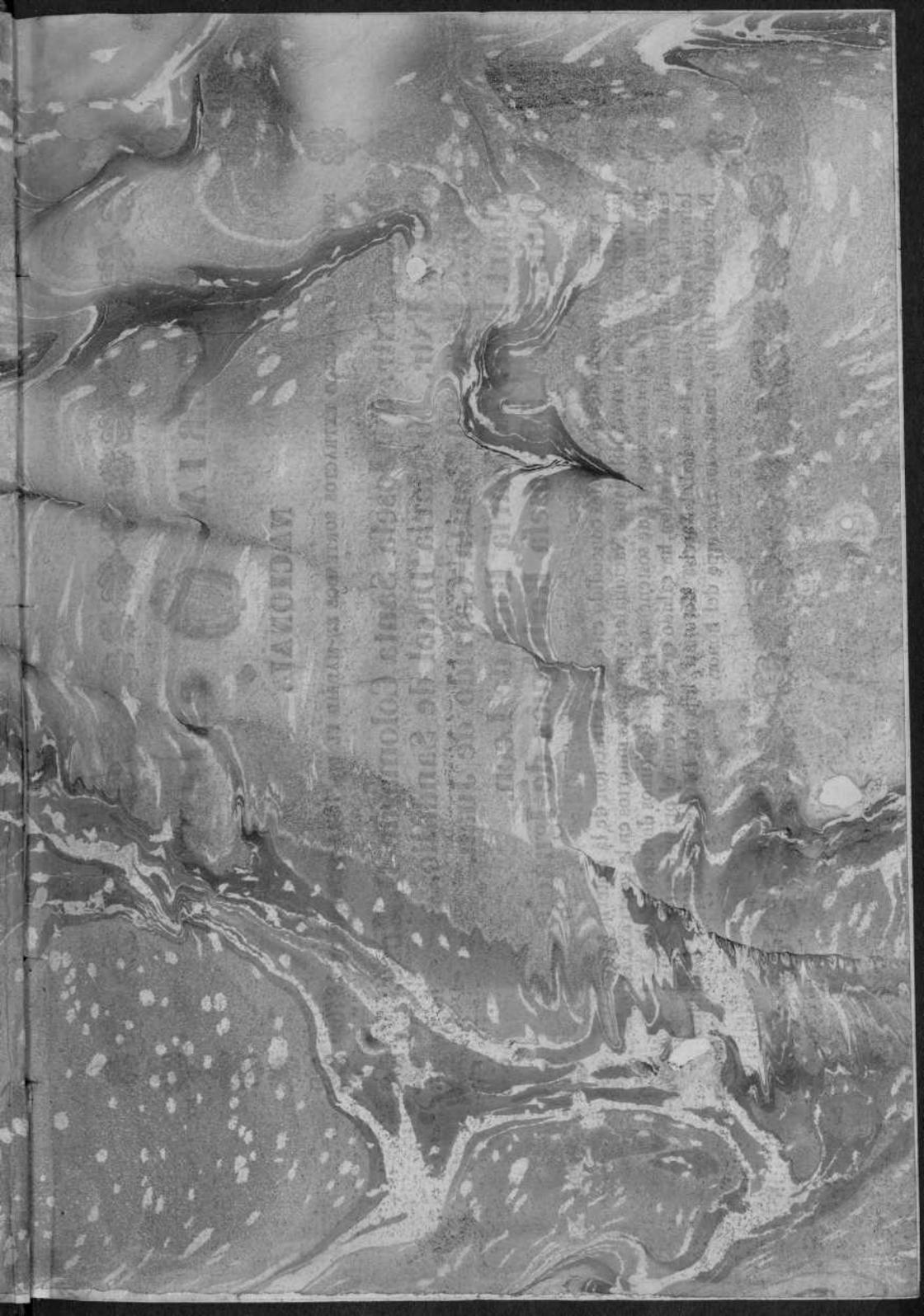
DES

COLL

57

16737
~~12779~~

1
1
1



LA NACIONAL

Compañía Nacional de Seguros

de Vida y Accidentes

de la Ciudad de Bogotá

de Colombia

Capital Social de \$1,000,000

Reserva Legal de \$200,000

Reserva de Seguros de \$500,000

Reserva de Seguros de \$300,000

Reserva de Seguros de \$200,000

Reserva de Seguros de \$100,000

Reserva de Seguros de \$50,000

Reserva de Seguros de \$25,000

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO
540 EAST 57TH STREET
CHICAGO, ILL. 60637
U.S.A.

TRATADO
DE LAS
ENFERMEDADES DE LOS OJOS.

ESTADOS UNIDOS
DE AMÉRICA
DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA
Y RIEGOS
ESTADÍSTICAS DE LOS CIELOS

7e

TRATADO

DE LAS

Enfermedades de Los ojos

POR ANTONIO SCARPA.

QUINTA Y ULTIMA EDICION ITALIANA ; AUMENTADO CON NOTAS EN LA VERSION FRANCESA Y TRADUCIDO EN CASTELLANO CON VARIAS ADICIONES POR

EL PROFESOR DE MEDICINA Y CIRUJIA.

Don Jayme Usorn y Tener.

PRIMER AYUDANTE DEL CUERPO DE CIRUJIA MILITAR PENSIONADO POR S. M.
CIRUJANO Y MÉDICO DEL REGIMIENTO DE WIMPERN 1.º DE SUIZOS.

TOMO I.



CON SUPERIOR APROBACION.

Barcelona: Imprenta de MANUEL SAURÍ y Compañía.
Año 1828.

TRATADO

DE LAS

Imprentas de los Ojos

Por ANTONIO SCARPA

QUINTA Y ÚLTIMA EDICIÓN REVISADA Y AUMENTADA CON LAS
TAS DE LA VENTA DE LOS DERECHOS Y TRIBUTOS DE LAS
VILLAS DE VARIAS PROVINCIAS DE

Los ejemplares prevenidos por las leyes quedan depositados al tribunal de imprentas.

Esta obra está bajo la protección de las leyes para los efectos del derecho de propiedad, y se perseguirá al usurpador.



TOMO I



CON SUPERIOR APROBACION

Barcelona: Imprenta de Manuel Sauri y Compañía.
Año 1838.

A LOS ILUSTRES VOCALES DE LA REAL JUNTA
superior gubernativa de Medicina y Cirujia, Gefe
del cuerpo de Medicina y Cirujia militar, Facultativos
de la Real Camara de S. M. etc. etc.

*Los Señores Doctores D. Barto-
lomé Piñera, D. Agustín Fru-
tos, D. Marcelo Sanchez Poe-
boto, D. José María Turlan,
D. Pedro Castelló, y D. Ma-
nuel Damian Perez.*

En prueba de respeto y reconocimiento.

Jayme Ysern.

A LOS SEÑORES VOCALES DE LA REAL JUNTA
superior gubernativa de Indias y Ultramar, para
que se sirva de lo que se pide en el expediente
de la Real Cédula de 8. de Mayo de 1764.

Los señores D. Juan Pantoja, D. Juan
D. Juan Pantoja, D. Juan Pantoja,
D. Juan Pantoja, D. Juan Pantoja,

En la ciudad de Madrid a ... de ... de 1764.

Juan Pantoja

PREFACIO DEL AUTOR.

Desde que me dediqué á la práctica de la cirugía he tenido por costumbre comparar mis observaciones con las de los sabios de todos los siglos, confieso que frecuentemente he logrado la satisfacción de confirmar, por mi propia experiencia, una multitud de verdades y preceptos diseminados en sus obras. Sin embargo he hallado alguna inexactitud en muchísimos puntos relativos á las enfermedades de los ojos; mas de una vez, en efecto, me he engañado en la curacion de estas afecciones bajo la buena fé de sus vanas promesas y aparentes theorias. Una de las quejas que pueden dirigirse á la mayor parte de los cirujanos modernos que han publicado tratados generales de cirugía, ó particulares de las enfermedades de los ojos, es el habernos transmitido sin eleccion y sin critica, una multitud de medicamentos, fórmulas, métodos y procederes operatorios cuando hubiera sido mucho me-

jor que hubiesen determinado por la observacion y la experiencia su valor real y sus inconvenientes. Podian esperarse mas utilidades y perfecciones por parte de los oculistas de profesion ; pero, poco versados en los otros ramos de la ciencia , no nos han dado sino teorías frecuentemente en contradiccion con las nociones ecsactas de la anatomía , ó bien solo nos han transmitido curaciones extraordinarias, que, se parecen por decirlo así á milagros. ¿Acaso no se ven aun hoy dia cirujanos por otra parte muy distinguidos ,pero atormentados del deseo de tener la reputacion de oculistas, dar en lo maravilloso é insertar en sus escritos hechos que mas bien indican ser un charlatan que cirujano prudente y sabio? ¿Que cosa mas contraria al bien de la humanidad, á los progresos del arte y al honor del que lo egerce? Las promesas inconsideradas muy facilmente seducen á los practicos jóvenes , que mal instruidos de las dificultades del arte, confunden el denuedo con la temeridad, y se precipitan en errores tan nocivos á su reputacion como á la salud de sus enfermos.

Si me he determinado publicar el fruto de mi práctica y de mi experiencia sobre la oftalmología solo es por separar de este tronco interesante del arte, todo lo que

tiene de falso ó de exagerado, y patentizar á los cirujanos jóvenes los remedios mas útiles y las operaciones mas simples y mas racionales que con ventaja pueden aplicarse para la curacion de las principales enfermedades de los ojos. Lejos de toda preocupacion, puesto en circunstancias favorables para ensayar los remedios mas acreditados y los métodos operatorios propuestos contra las enfermedades que forman el objeto de esta obra, creo poderme expresar de un modo discisivo sobre esta materia, y señalar entre todos los medios curativos, igualmente recomendados, aquellos que realmente son ventajosos y los que son insuficientes y aun dañosos.

Para facilitar la inteligencia de los procederes operatorios, he creido deber añadir algunas observaciones detalladamente, á la mayor parte de los capítulos que componen este tratado. Hubiera podido citar muchos mas hechos, pero me he limitado á los que solo han sido recogidos en presencia de un gran número de discipulos, y depositados en los registros del hospital. En la ciencia de curar, los preceptos sin egemplos son comunmente oscuros, y los egemplos sin preceptos no llaman la atencion de los estudiantes. Estoy convencido que mi método curativo facil

mente será comprendido, atreviéndome á asegurar que los que quieran emplear los remedios y practicar las operaciones que indico, obtendrán, sino siempre, á lo menos frecuentemente, los sucesos que prometo en mi obra.

Esta edicion encierra adiciones importantes cuasi á todos los capitulos; señalando muchos hechos de anatomia pathologica, recientemente publicados por hombres dignos de fé y versados en todas las ramas de la cirujia. Muchos artículos que habian sido omitidos ó incompletamente tratados en las ediciones precedentes se hallan en estas como los que tratan de la pupila artificial, del fungo hematodes, del cancer del ojo, de los tumores cisticos que nacen en el fondo de la orbita etc. Las láminas tambien contienen algunas nuevas figuras: unas completan la descripcion de una de las enfermedades mas formidables del globo del ojo; siendo las otras destinadas para facilitar la inteligencia de todos los pormenores relativos á la fistula lacrimal y á la pupila artificial.

EL TRADUCTOR.

Si la naturaleza es por si sola suficiente en ciertos casos para sacudir lo que la oprime quedando todo al cuidado de su potencia medicatriz, dandonos al mismo tiempo una idea de la insuficiencia de nuestros medios para penetrar sus admirables arcanos; y si con el orden que tiene establecido en la admirable máquina del hombre la vemos ejercer un poder realmente sorprendente sobre ciertas enfermedades á que está espuesto aquel viviente; no es á la verdad tan provida en aquellas que precisamente están bajo el dominio de la medicina operatoria. En las primeras ella por si sola y sin el menor auxilio médico sale algunas veces vencedora, siendo indispensable para las segundas el socorro de un profesor en cuyos conocimientos y diestra mano, hallen los dolientes el deseado alivio que esta misma naturaleza, apesar de la sabiduria de sus leyes, no puede prodigarles, y que confiado á ellas indubitablemente serian víctimas de la enfermedad, ó quedarían espuestos á padecer una deformidad, que sobre comprometer algun dia su ecsistencia, les acarrearía una vida valetudinaria y fastidiosa. Sirvanos de egemplo un parto preternal, la presencia de un cálculo urinario, la subintracion de algun hueso de los que forman el cráneo, finalmente un estafiloma, un hypopion, un cancer en cualquiera de los órganos exteriores etc. etc. Supuesto pues lo muy poco ó nada que puede esta gran madre de todos los seres

en ciertas afecciones, sería un crimen social que condenaría altamente la indolencia de los que pudiendo y debiendo cooperar al alivio de aquellas á que por muchas y variadas causas están espuestos sus semejantes, en los diferentes periodos de su vida, y que continuadas acarrearían indispensablemente su destruccion, se constituyesen meros espectadores del triste resultado, dejando à aquella el cuidado que deberian tomar por si. Esta voz muda, pero imperiosa, no pudo ser oida con indiferencia por el célebre profesor Scarpa. Dotado este genio observador de un instinto particular para concebir, y extraordinario para egecutar, consagrado por muchos años á la cultura del precioso arte de curar, tomó à su cargo enriquecer el tesoro de la medicina operatoria con su inestimable tratado de las enfermedades de la vista, organo el mas noble y necesario al hombre.

Poco observadas por los antiguos, y quizas descuidadas por los modernos, solo se tenia de estas enfermedades unos debiles conocimientos, con los cuales no solo no podia lograrse una curacion radical, si que ni un diagnostico seguro para carectizarlas y deducir un pronostico cierto, cuyos principios son indispensables en buena medicina; por lo mismo, todo cuanto se habia escrito anterior á los trabajos del sabio de Pavía, solo puede considerarse como la esposicion del estado de la ciencia sobre este punto. Los sucesos de los preceptos que establece descritos, aunque no con el magico aparato de la retòrica, pero si con la mayor sinceridad y sabiduria; libres de caprichos sistematicos y paradojas medicas, apoyados solamente por verdades tan luminosas en teoria como fundadas en la practica, están sancionadas por multiplicadas observaciones de los cirujanos conocidos por mas célebres en la actual república literaria. La concision y claridad del language, la ingenio-

sa diferencia que establece de los caracteres pathologicos entre el fungo hemotades, y el cancer del globo ocular; la exactitud con que manifiesta las complicaciones que ofrece la pupila artificial para fijar con seguridad cual de los diferentes procederes es preciso emplear; la loable ingenuidad y franqueza con que reconoce la insuficiencia de su primer método operatorio relativo à esta afeccion, ultimamente la sabia minuciosidad con que trata todas las demas dolencias à que estàn espuestos los ojos y sus partes adyacentes, asi como la esposicion de los métodos curativos, apoyado todo en conocimientos solidos y bien coordinados, y cuyos pormenores en vano se buscan en otras obras, dan à la de Scarpa, sin contradiccion, la preferencia à toda otra, no siendo de admirar que el Ilustre Sabatier la elogiase diciendo: *los trabajos del profesor Scarpa estan llenos de los mas recientes y luminosos juicios.*

Haciendo el elogio debido al autor, no pretendo de ningun modo oscurecer el mérito de muchos otros profesores Españoles, que con bastante sabiduria han tratado de las enfermedades de los ojos; pero nadie duda que el arte de curar, igualmente que las demas ciencias, sufre como los Imperios sus revoluciones, sus adelantamientos y sus novedades; ademas de que las mismas esperiencias no conducen los diferentes individuos à las mismas meditaciones; y sobre todo el raudal de ilustracion que ha debido adquirir el arte por los indispensables cambios que los numerosos é incontestables progresos de la anatomia y fisiologia patologica han hecho sufrir à la medicina operatoria en general, debian precisamente haberse estendido hasta la que pertenece à la organizacion de la vista en particular, y que nadie hasta la actualidad sino Scarpa, ha descrito con tanta exactitud y erudicion, sin que ninguno le haya sobrepujado, conten-

tándose el mas feliz con haberle imitado.

La dificultad de que una obra elemental trate con toda aquella minuciosidad y estension necesarias, cada una de las muchisimas enfermedades à que està espuesto el viviente humano, y no menos la dificultad de poderse, por su mucho coste proporcionar estas voluminosas obras, indujo sin duda, à nuestros maestros la ventajosa idea de subdividir la mayor parte de aquellas en diferentes cuerpos de doctrina; asi vemos à un Gardien, Pastor etc. tratar aisladamente los partos: à Plenck las enfermedades cutaneas; à Desoult las de las vias orinarias; à Itard las del oido interno etc. y finalmente nuestro autor, uno de los cirujanos mas distinguidos del último siglo, quiso añadir à los muchos beneficios que le debe la cirugía, el formar y reunir un resumen historico de todas las alteraciones pathologicas de que es susceptible el aparato organico de la vista, proponiendo igualmente los medios farmaceuticos y procederes operatorios mas recientes, arreglados à los principios de una cirugía verdaderamente racional y conforme al estado actual de la ciencia; en efecto, esta doctrina es la única que estando al maximun de los conocimientos sobre la materia de que trata, puede dirigir al profesor reflexivo en esta apreciable rama del grandioso arbol quirúrgico.

Desde su publicacion el presente tratado, fué adoptado por clasico en cuasi toda la Europa culta; y la traduccion al frances que de él hizo Mr. Leville primer movil de este proyecto, que ejecutò bajo la direccion del mismo autor, fué una idea muy celebrada entre los mas distinguidos profesores de aquella nacion. La adicion de muchos capitulos enteramente nuevos y del mayor interes con que Scarpa lo aumentó en las posteriores ediciones y muy particularmente en la última que publicó, era à la verdad un

vacio de alguna consideracion que resultaba á la traduccion del médico frances y que quedó sin embargo debidamente lleno en la que publicaron en 1821 los profesores Belanguer y Bousquet, la misma que traducida en nuestro indioa presento al público sensato, no habiéndome propuesto mas objeto que el fomentar y engrandecer la cirujia española, tributar este pequeño obsequio à mis comprofesores que no poseen el frances, y ante todo contribuir, aunque con débiles recursos al bien de la humanidad afligida por los males de uno de sus mas interesantes organos.

La enumeracion de las señales con que pretenden los profesores italianos conocer à *priori* las diversas especies de catarata; la esposicion de sus ideas y de las de los ingleses relativamente à la pupila artificial, manifestando igualmente las opiniones particulares de algunos medicos franceses, es en lo que versa lo principal de algunas notas que han creido debian añadir los traductores.

Los deseos de honrar la memoria de nuestro ilustre practico y Consejero de Estado el Dr. Gimbernat, esparciendo su erudita clasificacion y acertado método curativo concerniente à las úlceras de la cornea; el corroborar por medio de un hecho práctico la opinion del autor acerca de la verdadera causa, única algunas veces, de la fistula lacrimal; coadyubar, manifestando los diferentes pareceres que dividen los profesores, à que algun dia fijen decididamente la preferencia à uno de los dos mas usados métodos de operar la catarata: los perjuicios de operar ambos ojos à la vez, y mientras existen afecciones epidemicas, que guardando cierta relacion con la delicada funcion de la vista, hacen muchas veces infructuosa la operacion; patentizar las modificaciones que en la practica de la pupila artificial acarrean las enfermedades que la complican; alguna reflexion acerca de la

estirpacion del globo del ojo, apoyada en una observacion, y otras ligeras advertencias que en nada alteran la doctrina espuesta por el practico italiano, me decidieron à añadir igualmente algunas notas, que quizas no dejaran de facilitar la inteligencia del testo: lo que ellas en si encierran, nada se me debe à mi, pues que para su formacion me he valido de los eruditos escritos de los Sres. Sabatier, Ricther y Boyer cuyos elementos solo he procurado combinar.

Nada se ha omitido para dar por medio de la litografia toda la perfeccion à las tres laminas que acompañan al original, añadiendo à mas en la lamina 3.^a figura 11.^a una especie de vaso de cristal muy propio y comodo para bañar los ojos, del que ya hace mencion el autor, bien que no nos da ni la descripcion ni la figura.

A pesar de haber respetado religiosamente la integridad del testo, me he visto sin embargo en la precision de separarme en algunas ocasiones de la expresion simple y laconica de él, pues una exactitud escesiva podria no proporcionar aquella claridad que se desea hallar en las ideas que encierra; con todo, solo han sido sustituciones de palabras ó frases mas usuales de nuestro idioma, que en nada influyen en lo principal de la materia, à la que he procurado ser exactisimo, pues que si en toda traduccion se debe serlo, no con menos empeño en la que trata de la important e salud de los hombres.

Encargo al lector que no olvide aquella expresion de cierto sabio: *tengase siquiera à lo menos alguna indulgencia con la copia à favor del original*, pues es bueno al leer una traduccion recordar, que solo se vé en ella un cuasi no mediano bosquejo de un hermosisimo cuadro.

TRATADO
DE LAS
ENFERMEDADES DE LOS OJOS.

CAPITULO PRIMERO

DEL FLUJO PALPEBRAL PURIFORME Y

de la fistula lacrimal.

EQUIVOCAMENTE creen la mayor parte de los Cirujanos que ecsiste una fistula lacrimal, quando comprimiendo el espacio que se encuentra entre la nariz y el grande angulo del ojo, se hace refluir por los puntos lacrimales una mezcla de lágrimas y materia purulenta amarilla. Si esta denominacion no fuese como quiera mas que una simple inexactitud del language, que no tuviese influencia ni sobre el diagnostico, ni sobre la curacion de la afeccion á la que se le aplica, no me detendria en censurar sus inconvenientes; mas encierra un error de hecho, que puede alucinar á los prácticos jóvenes, dandoles una falsa idea de la enfermedad que indica, y de muchas otras afecciones de los conductos lacrimales. Para prevenir este inconveniente, daré el nombre de *flujo palpebral puriforme* à aquel estado morbosos del aparato lacrimal en el que la compresion del saco, por otra parte intacto, hace refluir por los puntos lacrimales una materia viscosa y amarilla, que sin ser

un verdadero pus, tiene sin embargo la mayor analogía con este fluido (1)

En segundo lugar, llamo *fistula lacrimal* á la afección en la que no solamente hay dilatación, sino también ulceración del saco lacrimal con vejetaciones fungosas en su interior, y algunas veces carie del hueso unguis.

La mayor parte del humor puriforme que refluye con las lágrimas, no se forma en el mismo saco lacrimal, como lo creen los que sobre la enfermedad de que se trata solo tienen nociones incompletas; proviene de la superficie interna de los párpados, de donde pasa por medio de los conductos lacrimales al saco lacrimal, que vuelve á enviarlo por estos mismos conductos siempre que es comprimido. Este humor es segregado por la conjuntiva palpebral, y particularmente por la porción de esta membrana que tapiza la superficie interna del párpado inferior. Proviene mas particularmente de las glándulas de Meibomio, y su acritud indica el estado morbozo de estos folículos. Reconoce muy amenudo esta afección por causa la diatesis rhaumatica, el vicio escrófuloso, una metastasis variolosa, la repercusión de las

(1) La enfermedad que el Señor Scarpa llama aquí *flujo palpebral puriforme*, no es otra cosa que el tumor lacrimal de los autores; la definición que propone está fundada sobre el origen que señala á esta afección; cree, en efecto, que el tumor lacrimal depende cuasi siempre de un daño particular de la conjuntiva palpebral y de los folículos de Meibomio. Nosotros pensamos, al contrario, que no tiene causa mas frecuente que la obstrucción, ó la estrechez del canal nasal. El Señor Scarpa presenta en apoyo de su opinion muchas observaciones que, segun nosotros, prueban bien la realidad, mas no la constancia del hecho en el que apoya su teoria: otro tanto dirémos de las observaciones interesantes que los Señores Larney, Nicod y Ducasse han consagrado en la *revista medica*. Facil sería invocar á favor de nuestra opinion la autoridad de los nombres mas celebres: J. L. Petit, Louis, Sabatier, Pot, Ware y la mayor parte de los prácticos de nuestros días colocan en el canal nasal la causa ordinaria del tumor lacrimal. (Nota de los traductores franceses.)

erupciones herpeticas, y con preferencia las del rostro, la aplicacion de un irritante cualquiera en los parpados, la accion contagiosa de un miasma, tales como los que produce la optalmia purulenta de los niños, y la venerea de los adultos etc. Mas ó menos alterada en su estructura y en sus funciones, la conjuntiva palpebral derrama abundantemente esta mucosidad clara, que, unida á la materia sebacea que segregan los foliculos de Meybomio, forman la mayor parte del humor viscoso que cubre de nuevo el ojo y los parpados. (1)

Para convencerse de esta verdad, basta volver al revés los parpados afectados, el inferior sobre todo; y comparados con los del lado sano, se encontrará constantemente la conjuntiva palpebral mas rubicunda que en el estado natural; está como afelpada en todo lo largo del tarso; el borde libre de los parpados está sembrado de una multitud de vasos varicosos; los foliculos de Meybomio se manifiestan mas salientes, y mas inchados que en el estado natural; observandose muy amenudo ulcerados, cuando se les examina á beneficio de un lente. La membrana interna de los parpados del lado sano está al contrario de un rojo palido; su superficie está igual y lisa; el borde libre de los parpados no está inchado: no se ven vasos varicosos, y las glandulas de Meybomio no se presentan mas visibles que en el estado natural.

La membrana interna de los parpados que tapiza este aspecto afelpado, de que acabamos de hablar, segrega abundantemente un fluido parecido á una linfa viscosa, que, mezclandose con la materia derramada por los foliculos de Meybomio, constituye aquel

(1) Rodolfo Vehrens llama á esta enfermedad *epifora sebacea*. Veanse las adiciones á los estudios medicos de Boerhave por Haller.

humor puriforme, que baja continuamente à el saco lacrimal por los conductos lacrimales, lo llena, y eleva à manera de tumor.

En efecto, vaciado el saco lacrimal, lavese el ojo y la conjuntiva palpebral, hasta hacer desaparecer las menores señales del humor glutinoso que los cubre; media hora despues, vuelvanse al revés los parpados, se hallará en su superficie interna y en especial en la del parpado inferior, una nueva capa de mucosidad y de materia sebacea amarilla: es pues muy seguro que esta materia no procede del saco lacrimal, sino de la conjuntiva y de los foliculos de Meybomio. Que la membrana interna de los parpados, habiendose vuelto encarnada, afelpada y fungosa pueda cambiar su accion natural y segregar una abundante mucosidad, es lo que prueba esta especie de flujo puriforme, producido por el virus de la materia gonorraica, que el enfermo transporta algunas veces sobre sus ojos, frotandolos imprudentemente con sus dedos cubiertos de pus. En este caso se ve luego desarrollarse una inflamacion que ataca à la vez el ojo y los parpados; la membrana interna de estos se incha, se pone encendida, afelpada y dà abundantemente una materia viscosa amarilla, parecida à la que fluye del utero en la blenorraguia. El humor mucoso procedente de la membrana interna de los parpados y de los foliculos de Meybomio, que establece, en los casos comunes, el flujo palpebral puriforme, no se derrama en tan gran abundancia como en la optalmia gonorraica; esta secrecion morbosa no es tampoco siempre precedida de una inflamacion aguda de la conjuntiva; y con mas frecuencia se forma de resultas de una optalmia cronica. La materia puriforme que fluye lentamente, produce un lagrimeo incomodo, porque una parte se derrama en el ojo, mientras que la restante, absorvida por los puntos lacrimales, ba-

ja y se acumula en el saco lacrimal, de donde vuelve à manifestarse por los conductos lacrimales, cuando se comprime este receptaculo. (1) Una nueva prueba que en este caso, el saco lacrimal no hace mas que recibir las lágrimas y el humor puriforme, que le transmiten los parpados enfermos, es que, si esta secrecion morbosa disminuye y se suprime accidentalmente, ó por el efecto de algunas aplicaciones repercusivas; no se vé, ó se vé muy poco de este humor viscoso juntarse en el saco lacrimal, y refluir por los puntos lacrimales. Llegada la enfermedad à su ultimo periodo, si los parpados se hacen el sitio de una optalmia intensa, ó participan de una erisipela de la cara, cuyo efecto, igual al de todas las inflamaciones agudas, es el de suprimir todas las secreciones en las partes que estàn afectadas, al instante cesa la acumulacion de las lágrimas en el saco lacrimal; pero vuelve à manifestarse luego que la inflamacion disminuye, y que la secrecion morbosa de los parpados y de las grandulas de Meybomio empieza de nuevo. Me he asegurado muchas veces que los mismos fenómenos se repiten alternativamente despues de una inflamacion artificialmente excitada en la conjuntiva por la aplicacion de una substancia fuertemente irritante. He observado asimismo, que se cura constantemente y sin volver à parecer el flujo palpebral puriforme en el principio, esto es antes que el saco lacrimal haya experimentado ningun daño en su estructura, corrigiendo la secrecion viciosa de los parpados y de los foliculos de Meybomio,

(1) Es claro que, en este caso el canal nasal no está libre; de lo contrario las lagrimas comprimidas en el saco pasarian mas facilmente en la nariz que à los conductos lacrimales. Veremos que el mismo Señor Scarpa no puede apartarse de admitir que la membrana interna del canal nasal está comunmente obstruida en este caso; pero mira esta obstruccion como un efecto consecutivo. (Nota de los traductores franceses.)

y detergiendo las vias lacrimales á beneficio de inyecciones de agua simple, introducidas por los puntos lacrimales.

Mas si apesar de todas estas consideraciones, alguno se obstinase en creer que el manantial de este humor puriforme, se halla en el saco lacrimal mas bien que en los parpados, le ruego suspenda su juicio, y considere que la membrana interna del saco es semejante á la que tapiza los senos frontales y ethmoidales, delgada, desprovista de foliculos sebaceos, pudiendo sin embargo exalar una mucosidad tenue, pero incapaz de segregar esta materia untuosa y pegajosa que en tan grande cantidad se mezcla con las lágrimas. (1)

A la verdad, puede mezclarse con la materia puriforme que pasa en el saco lacrimal, una pequeña cantidad de esta mucosidad tenue que lubrica su membrana interna; pero esto es suficiente para afirmar, que es en este receptaculo donde se forma la mayor parte del humor que lo llena? Si el saco lacrimal se inflama, supura y se abre exteriormente, sin duda se vé salir por él una materia turbia mezclada con lágrimas, pero esta materia es un verdadero pus procedente de la ulceracion de la membrana interna del saco, y que en nada se parece á este humor untuoso que forma el flujo palpebral: este no tiene mas que las apariencias de pus.

Supuesto que la causa de esta afeccion no está en el saco lacrimal, y si en la membrana interna de los parpados y en los foliculos de Meybomio, es claro resulta un perjuicio de confundirla con la fistula lacrimal. ¿Que se juzgará despues de esto de

(1) El autor sin duda no hubiera hecho esta objeccion, si hubiese visto como Bichat, la membrana inflamada de un seno maxilar espesa de muchas lineas, (Vease la anatomia general segunda parte. Pág. 439.)

la conducta de algunos hombres que, por suprimir el flujo palpebral puriforme, procuran cicatrizar en el saco lacrimal, una ulcera que no ecsiste, ó creen establecer el paso de las lágrimas en la nariz, dilatando el canal nasal, que suponen estrechado y aun obstruido? Pues no puede decirse que haya en esta circunstancia encogimiento del canal nasal, à menos que no se entienda por lo mismo que es demasiado estrecho para dár un fácil paso à la materia espesa que viene de los parpados; ó si experimenta una debil coartacion, solo puede ser el efecto de un ligero flogosis de su membrana interna, resultante del contacto de esta materia comunmente acre. Unicamente de este modo se puede concebir la constriccion de este canal, que jamas està obliterado como lo enseñan generalmente los Cirujanos. (1)

Para proceder con orden en el ecsamen de esta cuestion, que parece hacerse tanto mas obscura, quanto mas se discute, dividiré el curso del flujo palpebral puriforme en cuatro periodos.

(1) Esta asercion es demasiado general: los mas de los Cirujanos saben que los conductos tapizados por membranas mucosas, se estrechan con frecuencia, pero cuasi nunca se obliteran. Sólo hay un número muy reducido de observaciones de obliteracion completa del canal nasal. Dijimos ya que nosotros no ibamos acordes con la opinion del Señor Scarpa sobre la etiologia del tumor lacrimal; en el canal nasal es donde colocamos, con cuasi todos los prácticos, la causa mas comun de esta enfermedad. Puede depender 1º Del impedimento del canal nasal á causa de mucosidades espesas: 2º De la coartacion de este canal producida por el flogosis y el espesor de su membrana interna. 3º De su obstruccion por un cuerpo extraño: Sandofort y Callisen le han visto tapado por calculos. 4º De la compresion que sobre él egecutan los tumores vecinos, un ecsostosis; un polipo etc. 5º De su obliteracion y de su transformacion en una cuerda ligamentosa; pero este ultimo caso es infinitamente raro. 6º Algunas veces de la abundancia del flujo palpebral puriforme, independientemente de la obstruccion del canal nasal, del modo que lo quiere el Señor Scarpa. En fin, algunos autores tambien han colocado la atonia del saco lacrimal en el número de las causas de esta afeccion: nosotros creemos que ella no es jamas sino el efecto. (Nota de los traductores franceses.)

Primer periodo: La materia puriforme derramada por las glandulas de Meybomio y la membrana interna de los parpados, experimenta algun retardo en el saco lacrimal pero, llega à la nariz; tambien el enfermo no siente mas que un simple lagrimeo, sin dilitacion notable del saco.

Segundo periodo: La materia puriforme mas abundante y mas espesa, pasa dificilmente dentro de la nariz, con motivo del infarto de la membrana interna del canal nasal: cubre el ojo, y determina el lagrimeo, acumulandose poco à poco en el saco, lo dilata y lo levanta bajo la forma de un pequeño tumor cuya compresion hace refluir, por los puntos lacrimales, una materia amarilla mezclada de lagrimas.

Tercer periodo: Es caracterizado por la inflamacion del saco lacrimal, ocasionada por la abundancia y la acrimonia del humor que lo llena, y tal vez aun mas por la estrema dilatacion que experimenta; supura y se abre por afuera; entonces se vé, entre la nariz y el angulo interno del ojo, una abertura fistulosa que deja pasar las lagrimas mezcladas de una materia puriforme y de un verdadero pus. A este tercer periodo es al que conviene especialmente el nombre de fistula lacrimal, sobre todo si la ulcera ha sido por largo tiempo olvidada, ò mal tratada.

Cuarto periodo: Es el precedente al que debe añadirse la carie del hueso unguis y algunas veces del ethmoydes.

La sucesion de los diversos periodos del flujo palpebral puriforme manifiesta claramente la diferencia que existe entre esta afeccion, y la fistula lacrimal, asi como el verdadero origen de esta ultima enfermedad; y pues que de las precedentes consideraciones resulta, que ni es en el saco lacrimal, ni en el

canal nasal donde se encuentra la causa primitiva y principal de la fistula lacrimal, como se habia creido hasta ahora, sino en la membrana interna de los parpados, y en las glandulas de Meybomio. ¿No es claro que todos los métodos curativos no dirigiendose sino á cicatrizar la ulceracion del saco, ó á vencer la obstruccion del canal nasal serán siempre ineficaces á menos que no se les asocien medios capaces de cambiar el modo vicioso de la secrecion palpebral y agotar de esta suerte el principal manantial de la enfermedad? (1)

(1) La esperiencia manifiesta la inexactitud de esta proposición: todos los años un sin fin de enfermos afectados de tumores fistulosos lacrimales, vienen á reclamar los socorros del arte en los hospitales de esta capital, los mas hallan una completa curacion, y sin embargo los cirujanos de este establecimiento se limitan muy amenudo á dilatar el canal nasal. Repetiremos que el Señor Scarpa se ha apresurado á sacar conclusiones demasiado generales de un corto número de hechos; nadie duda que el flujo palpebral puriforme puede ser en algunos casos la causa unica de los tumores, y de las fistulas lacrimales aun las mas complicadas; pero es igualmente cierto que tienen ordinariamente otro origen: de modo que la sucesion de los cuatro periodos designados por el autor, solo puede aplicarse á un corto número de casos. (Nota de los traductores franceses.) (a)

(a) Unido el estado pathologico de la conjuntiva palpebral y de los folículos de Meybomio con la obstruccion del canal nasal; puede en ciertos casos particulares dar lugar á la formacion del tumor lacrimal, y conciliar de este modo la opinion del autor con la de los Señores Louis Petit, Ware etc. El haber recurrido á los medios terapeuticos que á la vez atendiesen á la destruccion de ambas afecciones, dió sin duda lugar á que consiguiese una completa curacion con la Señora que es el objeto de la siguiente observacion; habiendo al efecto consultado con el sabio profesor D. Ignacio Ameller.

Llamado por la esposa de D. Juan Nepomuceno Oliver oficial del ministerio politico de artilleria residente actualmente en esta plaza por padecer de un ligero lagrimeo en el ojo izquierdo, con rubicundez de la conjuntiva palpebral, inchazon del borde libre de los parpados, elevacion del saco lacrimal bien sensible, conocida impropriamente por fistula chata, hernia ó hidropesia del saco, pero mejor tumor lacrimal, observé que comprimiendolo no solo refluia por los puntos lacrimales bastante cantidad de aquel humor viscoso de que habla Scarpa, sino tambien un verdadero pus, que apesar de la obstruccion parcial ó incompleta de los conductos lacrimales hacia la enferma refluir por ellos comprimiendo

En cuanto à la curacion del flujo palpebral puriforme, si este flujo es reciente, si el lagrimeo no ha hecho mas que presentarse, si el humor viscoso sacado por los puntos lacrimales no dilata el saco aunque lo atraviere dificilmente; es inútil recurrir à la operacion. Basta moderar y suprimir la secrecion de los parpados y de los foliculos de Meybomio y lavar cuidadosamente las vias lacrimales en toda su extension, à fin de desembarazarlos de esta materia sebacea, granulosa que los obstruye y que es preciso hacer se derrame juntamente con las lágrimas en la nariz. Se està seguro de lograr este resultado à beneficio de inyecciones introducidas por los puntos lacrimales, con tal que se empleen à tiempo, esto es à la primera aparicion del lagrimeo y antes de la dilatacion é inchazon del saco lacrimal. No conozco remedio mas propio para suprimir la secrecion viciosa de los parpados que el unguento optalmico de Janin (1) preparado antes con una dosis mayor de

fuertemente el tumor, que volvia à llenarse à poco rato; lo que no debia verificarse con tanta prontitud si solo fuese efecto del flujo palpebral puriforme, sin mediar la obstruccion del canal nasal; porque parte del humor se evacuaria por este conducto à proporcion que llegase al saco, y entonces no se llenaria este receptáculo sino despues de mucho tiempo. La total supresion de moco que durante la enfermedad experimentó la paciente, prueba que existia ademas del flujo palpebral la obstruccion del canal nasal. La aplicacion al ojo de la pomada antiopthalmica de Janin debilitada al principio, y aumentada gradualmente su actividad, disminuyó y desvaneciò enteramente la secrecion viciosa de la conjuntiva palpebral y de las glandulas de Meybomio. Los fomentos de la decoccion de malvas con leche en los ojos, los frecuentes vapores del agua de acelgas por medio de un embudo, insiguendo los consejos de Louis, en el conducto enfermo de la nariz, hizo segregar à pocos dias el ordinario moco; y el uso de la introduccion de una cerda fina por los puntos lacrimales hasta el saco fueron medios suficientes para el total alivio, sin necesidad de las inyecciones de agua simple ni las propuestas por Anel. (Nota del traductor Español.)

(1) Tomese manteca de puerco sin sal, media onza, oxide de Zinc, bolo armenico de cada cosa dos dracmas: precipitado blanco una dracma. Despues de haber lavado en tres diferentes ocasiones la manteca de

enjundia que indica la formula, ó bien dulcificado con manteca fresca, à fin de que los ojos del enfermo se acostumbren progresivamente à la irritacion bastante fuerte que produce este medicamento, cuando disfruta de toda su energia; tomarà de ella el cirujano, por mañana y tarde una pequeña porcion del tamaño de un grano de trigo, sobre la estremidad roma de una sonda y lo introducirà entre los parpados acia el angulo esterno del ojo: cubrirà con él el borde libre de los parpados, frotandolos despues ligeramente, encargando al enfermo que cierre el ojo para que el unguento se estienda por toda su superficie interna; se cubrirà en seguida el ojo con una planchuela asegurada por una venda, teniendo el enfermo el cuidado de mantenerlo cerrado de este modo por el espacio de dos horas. Despues de este tiempo lo lavará con agua fresca; durante el dia verterà tres ó cuatro veces entre los parpados algunas gotas de un colirio preparado con cuatro onzas de agua de llanten, cinco granos de vitriolo blanco (sulfate de Zinc) y media onza de mucilago de simiente de membrillo. Ademas de la afeccion de los foliculos de Meybomio y de la conjuntiva palpebral se vé en muchas ocasiones en el flujo puriforme algunas ulceraciones superficiales en el borde libre de los parpados; el unguento de Janin las hace igualmente desaparecer. Sin embargo, si resisten à su empleo, se hará uso del unguento citrino de la farmacopea de Edimburgo; para servirse de él, se calienta hasta que se liquide; se toma entonces un poco con la hiema del dedo, ó bien con un pincelito, y se cubre el borde libre de los parpados en el instante en que el enfermo està proximo à acostarse. Si este medio no produce el

puerco en agua de rosas se mezclarán exactamente en un mortero de vidrio las drogas predichas, que se procurarán reducir antes à polvos sutiles. (*Memorias sobre el ojo.*)

efecto deseado, se recurrirá, como lo hacia Saint Ives (1) à la piedra infernal que se pasará à lo largo del borde libre de los parpados; lavandolos en seguida con leche recién ordeñada. Si el flujo palpebral está complicado del estado varicoso de los vasos de la conjuntiva, será útil añadir al uso del unguento optalmico el de la tintura thebayca con las mismas precauciones que se indicarán en el capitulo de la optalmia; esperando para usarlo, que el flujo palpebral haya desaparecido.

Para mantener la libertad de las vias lacrimales y desembarazarlas de la materia puriforme que las obstruye, se inyectará, mañana y tarde por los puntos lacrimales y antes de aplicar el unguento optalmico, agua tibia simple ó agua de llanten animada con un poco de alcool, repitiendo esta inyeccion hasta que se tengan indicios ciertos de que el liquido ha penetrado en la fosa nasal (2)

(1) Vcase Saint Ives.

(2) Esta operacion se practica del modo siguiente: el enfermo está sentado en una silla enfrente de una ventana de buena luz: un ayudante asegura su cabeza; el operante colocado delante de él vuelve el parpado inferior con el indice de la mano izquierda, si opera en el ojo izquierdo y *vice versa* á fin de poner el punto lacrimal en descubierto; con la mano derecha toma una geringuilla cuyo cuerpo coloca entre el dedo indice y medio, mientras que pasa por el pulgar el anillo con que termina el tronco del émbolo; introduce perpendicularmente el sifon en el punto lacrimal inferior; luego que ha entrado en el conducto de este nombre, inclina la geringuilla acia afuera para dár al sifon la direccion de este conducto, é introduce entonces toda la columna de liquido apretando con el pulgar en el émbolo: si el cirujano no es ambidestro, inyectará las vias lacrimales del lado derecho colocandose detrás del enfermo: tendrá la geringa en la mano derecha y volverá el parpado con el pulgar de la mano izquierda: Es sumamente esencial que el sifon de la geringa se introduzca muy poco en el conducto lacrimal, á fin de que salga sin dañarlo, si el parpado escapa por un movimiento brusco é involuntario del enfermo: esta precaucion está mas particularmente recomendada por el Señor Demours. Si el operador cree conveniente sondear las vias lacrimales, levanta el parpado superior izquierdo con el pulgar izquierdo y *vice versa*; lo lleva un poco acia dentro para ampliar el angulo que forma el conducto lacrimal con la direccion del saco y del

Esté modo de curar la enfermedad en cuestion, en su primer periodo, era conocido y apreciado de todos los cirujanos del siglo pasado: hoy dia ha caido en olvido (1) Para justificar este abandono, se alega su poca eficacia para la curacion de la fistula lacrimal, mientras que no se deberia vituperar sino à los que hacen una aplicacion intempestiva de el. Sin duda en el segundo periodo del flujo palpebral, con mucha mas razon en los periodos siguientes, cuando la ma-

canal nasal; despues, tomando como una pluma de escribir un estilete muy fino terminado por una estremidad roma, lo introduce de abajo à arriba en el punto lacrimal, y lo empuja de arriba à abajo, y de afuera à dentro para hacerle recorrer toda la estension del conducto lacrimal: llegado al saco, endereza el instrumento, lo introduce suavemente en el canal nasal dandole vueltas entre sus dedos, y continua empujandolo sin violencia hasta que el enfermo experimente un hormigueo doloroso en la nariz, señal cierta de la presencia del estilete. Se retira en seguida, repitiendo en sentido contrario los mismos movimientos que se hicieron para introducirlo. (Nota de los traductores franceses.)

(1) Este metodo curativo no está del todo abandonado segun lo afirma el Dr. Scarpa. Muchisimos escritores recomiendan el empleo del estilete de Anel y las inyecciones, en la curacion del primer grado del tumor lacrimal: este medio sale bien con frecuencia cuando el canal nasal está simplemente obstruido por materias susceptibles de ser arrastradas por el chorrito de agua; surte tambien buen efecto algunas veces aunque la enfermedad esté adelantada (vease J. L. Petit obras postumas C. Ware. Nuevas advertencias sobre la epifora; Sabatier, *Med operat*, Boyer tratado de las enfermedades quirurg. Veanse igualmente las reflexiones de Louis sobre la operacion de la fistula lacrimal. *Memorias de la academia de cirujia*, y sobre todo la obra del del Dr. Demours; este habil oculista ha visto tantos tumores y fistulas lacrimales ceder al empleo de estos medios simples, que en pocas ocasiones le ha sucedido tener que echar mano de ninguna operacion) Louis aconseja el uso de las fumigaciones resolutivas balsamicas, para la curacion del primer grado del tumor lacrimal; dice haberlas empleado con buen exito; igualmente han tenido un buen resultado tanteadas por el Dr. Boyer.

El Dr. Demours recomienda las fumigaciones emolientes: hace hervir flor de malvavisco en agua ó mejor en leche, cubre la vasija con un embudo, envolviendo el conducto de este con un pedazo de papel rollado cuya estremidad introduce en la nariz. El enfermo continua esta fumigacion por espacio de cinco ó seis minutos y en seguida echa en la nariz del mismo lado una mezela de partes iguales de caldo sin sal á medio cocer y jugo de acelgas (Nota de los traductores franceses.)

teria puriforme, mas abundante y mas densa, obstruye el canal nasal, cuando el saco lacrimal dilatado ha perdido su resorte; es probable que el chorrito de agua arrojado por el punto lacrimal no pueda vencer todas estas resistencias; pero no sucede asi al principio; entonces la materia puriforme tiene una cierta fluidez, el saco lacrimal no ha experimentado ninguna dilatacion, en fin las lágrimas y el humor puriforme aun encuentran un libre paso por la nariz. Tambien puedo asegurar, que si se insiste en las inyecciones, à la primera aparicion de la epifora y de la secrecion puriforme, se llega en seguida, ó en muy pocos dias, à hacer pasar el liquido en la fosa nasal; y si el mismo método no tiene igual resultado en los otros periodos de esta enfermedad, no es al arte à quien debe imputarse, y si al artista que no ha sabido hacer una justa aplicacion de un medio saludable. Los fenomenos que se observan en el curso de la curacion del primer periodo del flujo palpebral puriforme, son los siguientes: en los primeros dias la secrecion del humor viscoso aumenta, à menos que la accion del unguento optalmico no pase mas allà de ciertos limites é inflame los parpados (1); el borde libre de estos, y en particular el del inferior, recobra poco à poco su blandura y flexibilidad; las glandulas de Meybomio se bajan insensiblemente, la cara interna de los parpados que estaba afelpada, rubicunda y como fungosa, vuelve gradualmente à tomar su color y lustre natural. Al mismo tiempo que se opera este dichoso cambio en el estado de los parpados, el flujo palpebral disminuye, se hace mas fluido, y desaparece enteramente. Si se comprime el saco en diferentes interva-

(1) Para que este remedio tenga buen exito, es preciso que produzca un cierto grado de calor é irritacion y que determine una ligera rubicundez de los parpados durante el tiempo que permanezca aplicado

los ya no se ven refluir por los puntos lacrimales; sino lágrimas algo turbias; en fin los parpados vuelven á adquirir su modo de ecalacion natural, el saco lacrimal no recibe sino las lágrimas puras, la accion del canal nasal se restablece y el lagrimeo cesa.

Todos estos cambios se operan en el espacio de seis semanas lo mas, á no ser que la mala constitucion del enfermo oponga resistencia obstinada á la medicina mas racional; en este caso el flujo palpebral vuelve á manifestarse al fin de la curacion: esto es lo que comunmente sucede á los escrofulosos, sobre todo á la entrada de la primavera y del otoño, y á los individuos cuyos conductos lacrimales se han hecho el término de una metastasis variolosa, raumatica, ó herpetica.

Cuando la enfermedad está sostenida por un vicio interno, contra el cual el arte no posee remedio especifico, se hace mas larga la curacion: se obtiene sin embargo insistiendo en la aplicacion de los topicos mencionados, y con las inyecciones del agua tibia por los puntos lacrimales; es menester, ademas, aplicar un sedal á la nuca y dar al interior sustancias capaces, sino de aniquilar, á lo menos de disminuir la diatesis dominante; volverémos á hablar de este asunto en el capitulo de la optalmia.

Despues de estos principios relativos á la curacion del primer periodo del flujo palpebral puriforme, puede apreciarse en su justo valor lo que dice Fabricio Hildano (observ. 19. cent. 4) de una Señora de 30 años, que fue curada en cuatro meses de una fistula lacrimal, que padecia hacia dos años, por medio de un sedal aplicado á la nuca, y frecuentes lociones hechas con un colirio apropiado, Segun todas las apariencias, esta pretendida fistula lacrimal no era otra cosa que un flujo palpebral puriforme que, á pesar de su antigüedad, afortunadamente solo estaba

en su primer periodo ; la fluxion producida por el sedal, y la accion del colirio astringente bastaron para contener la secrecion viciosa de los parpados y hacer desaparecer el flujo puriforme y el lagrimeo. Todos los autores antiguos y modernos que han tratado de las enfermedades de los ojos, nos han transmitido un sin número de casos semejantes que impropriamente llaman fistulas lacrimales (1).

Tengo poderosas razones para pensar que se verian muy pocas fistulas lacrimales si se empleasen los medios generales y locales, de que hemos hablado, y en especial las inyecciones de agua tibia, à la primera manifestacion de la afeccion de los parpados y del lagrimeo, antes que el humor palpebral se haga espeso y viscoso ; pero como en el primer periodo de esta afeccion, el enfermo cuasi nunca experimenta dolor, no hay tumor entre la nariz y el angulo interno del ojo, reduciendose todo à pegarse los parpados y à un simple lagrimeo (que el enfermo hace mas soportable si tiene la precaucion de comprimir de cuando en cuando el saco lacrimal y de lavarse el ojo en distintas ocasiones), sucede que no solamente los pobres, sino que tambien las personas acomodadas olvidan esta enfermedad durante el curso de su primer periodo, no reclamando los socorros del arte hasta que ha llegado el segundo, esto es, cuando hay dilatacion del saco lacrimal, lagrimeo incòmodo, flujo puriforme abundante, y un completo impedimento en el canal nasal. Mas entonces los medios de que hemos hablado, propios solamente à contener la secrecion viciosa de los parpados, no son suficientes ; es preciso asociarles otros mas eficaces y capaces de desembarazar el canal de la materia espe-

(1). He visto muy amenudo, dice Pot, fistulas lacrimales incipientes curarse con el auxilio de un buen régimen y del colirio vitriolado.

sa que lo obstruye, y facilitar el paso de las lágrimas en el saco lacrimal y á la fosa nasal. (1)

Solo en este segundo periodo, es cuando el humor puriforme detenido en el saco lacrimal ha llegado gradualmente á dilatarlo: la primera indicacion que hay que cumplir es corregir el modo vicioso de la secrecion palpebral y restablecer el camino á las lágrimas; pues los medios que se acaban de indicar, no bastan ya para obtener tal resultado. Este caso reclama tanta mas atencion, cuanto la dilatacion del saco lacrimal dispone sus membranas y los mismos tegumentos á la inflamacion, y por que el saco debilitado queda en un estado de dilatacion habitual, aun despues de disipado el flujo palpebral puriforme; las lágrimas se acumulan en él, lo dilatan algunas veces sobre manera, y el lagrimeo se hace continuo.

Es evidente que no basta que el canal nasal esté libre, para que desaparezca el lagrimeo; es ademas preciso que medie una cierta proporcion entre el calibre de este canal y la capacidad del saco lacrimal; porque si el último escede de ciertos limites, las lágrimas derramadas por los puntos lacrimales, perdiendo una gran parte de su velocidad, como sucede á todos los líquidos que pasan de un canal estrecho á un ancho recipiente, se acumularán en el saco y rebosarán en el ojo por los puntos lacrimales. Para evitar la acumulacion de la materia puriforme y de las lágrimas en el saco lacrimal y por consiguiente la dilatacion de este último, proponen los unos las lociones astringentes, compuestas de una fuerte disolucion de alumbre con la decoccion de la corteza de roble; cuyas indicacio-

(1) Muchas observaciones referidas por el Dr. Demours y por otros autores pruevan que no hay que desesperar de la curacion del tumor lacrimal llegado á este grado, por el empleo de inyecciones y medios los mas simples. (Los traductores franceses.)

nes no han juzgado de bastante valor algunos cirujanos, otros creen que se debe comprimir por largo tiempo el saco lacrimal á beneficio de una máquina en forma de torniquete. Estos dos métodos son insuficientes; ni uno ni otro atacan al origen del mal; nada pueden contra la materia viscosa que obstruye al canal nasal. (1) Es indispensable sajar el saco lacrimal; ó abrirlo por una simple puntura para introducir una sonda en el canal nasal, dar paso á la materia puriforme, destruir la causa que obliga á las lágrimas acumularse en el saco lacrimal y permitir á este que recupere sus dimensiones y su elasticidad natural. Por fin esta operacion no dispensa de recurrir á los medios que hemos aconsejado en el primer periodo del flujo palpebral puriforme. Para practicarla el cirujano, hace sentar al enfermo previniéndole que cierre los párpados, comprimiendo despues suavemente el inferior con los dedos indice y medio de una mano, lleva la punta de un bisturí derecho, cortante de ambos lados por debajo de aquella linea blanquecina que se divisa en el punto correspondiente al tendon del musculo palpebral, lo introduce resueltamente acia delante y penetra en lo interior del saco lacrimal: la pequeña herida debe tener una linea y media ó dos de longitud si-

(1) Cualquiera que sea el método que se adopte para la compresion del saco lacrimal, no deja de presentar á mas de su poca ó ninguna utilidad algunos inconvenientes, sin embargo de las ingeniosas variaciones con que la ha perfeccionado J. S. Petit, cuyo célebre cirujano se vió en la precision de abandonarla. Endurecidas y callosas las paredes del saco lacrimal por la compresion permanente que sufren, da lugar á su coherencia y á la de los conductos lacrimales, que no pudiendose juntar las lágrimas en aquel receptaculo, resulta indispensablemente un continuo y molesto lagrimeo.

Si precisamente la causa del tumor lacrimal es la obstruccion del canal nasal, que jamas curará la compresion, cesando esta dará lugar á una nueva recopilacion de lágrimas y por consiguiente se manifestará otra vez el tumor lacrimal. (Nota del traductor Español.)

guiendo de arriba á bajo la direccion del pliegue del parpado inferior, que corresponde al del surco óseo en donde está situado el saco. Si el cirujano es ambidestro, tiene asido el instrumento con la mano derecha para abrir el saco lacrimal izquierdo y *vice-versa*, cuidando de dirigirlo perpendicularmente, con el fin de que su punta no resbale entre las paredes del saco y los tegumentos; ó entre el borde de la orbita y el globo del ojo.

En ningun caso deben los cirujanos jóvenes apartarse del precepto que acabo de establecer, que consiste en abrir el saco lacrimal en el punto correspondiente á la linea blanca que se vé debajo de los tegumentos que separan la nariz del angulo interno del ojo; pues en las grandes dilataciones del saco lacrimal, complicadas de ulceracion y siempre acompañadas de inchazon de las partes vecinas, hay tan poca seguridad de penetrar con exactitud dentro del saco y cortarlo exactamente segun su direccion, que los mismos anatomicos, aun los mas versados pueden, si pierden de vista el precepto indicado, apartarse del verdadero camino, ó bien no hacer sino una abertura insuficiente. El saco lacrimal, cualquiera que sea su dilatacion, conserva siempre las mismas relaciones con el tendon del musculo orbicular en la parte posterior á la que está estrechamente unido.

Cuando se ha llegado á su parte posterior, es fácil cortarlo en toda su estension, si se cree conveniente; para esto basta seguir la concavidad del arco inferior de la orbita, en falta del pliegue natural del parpado inferior que la inchazon del saco borra algunas veces.

(1) Despues de haber hecho una pequeña incision de

(1) El autor no nos parece que haya sacado todo el partido posible de los conocimientos anatomicos; el saco lacrimal, situado en una gotiera formada por los huesos unguis y maxilar superior, corresponde acia adelante al parpado inferior y al tendon del musculo palpebral, por

una línea y media ó dos, se introducé en el saco lacrimal una sonda comun, cuya punta se dirija abajo y un poco acia atras, para salvar el origen del canal nasal, y conducirle suavemente por medio de este hasta dentro de la nariz: si se encuentra una estrechez considerable, de resultas del flógosis y del infarto de la tunica interna del canal nasal, se retira la sonda para introducir otra un poco mayor que se remplaza en seguida por un estilete de plata (1), en el que una de las estremidades parecida à la de un clavo, presenta una cabeza que se aplica al exterior del saco lacrimal y la operacion está concluida.

La curacion consecutiva tendrá por objeto suprimir la secrecion morbosa de los parpados con el auxilio de los medicamentos internos y externos propios para combatir al vicio dominante; adviertese que debe retirarse el estilete todos los dias; y despues cada dos para limpiarlo é inyectar agua en el saco lacrimal y el canal nasal; los medios sumamente simples que se acaban de indicar salen perfectamente en este segundo periodo del flujo palpebral; insistiendo sin ceder en su empleo, se vé la materia puriforme perder su consistencia, y manar con las lágrimas à lo largo del estilete que les sirve de conductor; en fin se suprime completamente, se restablece la libertad de las vias lacrimales y desaparece el lagrimeo.

encima del cual se levanta formando una callejuela sin salida; se introduce fácilmente un bisturí en su interior, teniendo la precaucion: 1º de reconocer con el dedo, ó mejor con una sonda roma, el surco óseo que forma el borde anterior de la gotiera lacrimal; 2º de colocar la punta del bisturí detrás de este surco, y por debajo del tendon del musculo palpebral: 3º introducir este iustrumento segun la direccion del canal nasal, que es la de una línea oblicua, de arriba á bajo, y de delante atrás, y un poco de afuera á dentro; es importante penetrar á media línea acia fuera de la insercion del tendon del musculo palpebral para no caer contra el plano inclinado, que forma el hueso unguia.

(Los traductores franceses.)

(1) Lam. 3, fig. 14.

Poco tiempo despues de la publicacion de esta obra, observé que los enfermos á quienes hacia llevar durante mucho tiempo una gruesa tiente de plomo (1), no esperimentaban sino muy poco ó cuasi nada de lagrimeo, verdaderamente no podia hacerme cargo de este fenómeno que no habia observado hasta entonces, pues mi tiente tenia un volumen tal que llenaba y aun dilataba el canal nasal; la repiticion de este hecho acabó de convencerme que las lágrimas fluian entre la tiente y la pared del canal nasal; las observaciones de Vare (2), sobre el mismo asunto, me vinieron entonces muy á propósito y no me dejaron ninguna duda sobre la verdadera esplicacion del fenómeno de que se trata, ni sobre la ventaja del método curativo que he propuesto contra el segundo periodo del flujo palpebral puriforme, método que me parece merecer, tanto por su simplicidad, quanto por la poca mortificacion que causa á los enfermos, la preferencia sobre todos los medios empleados hasta hoy dia contra la enfermedad vulgarmente llamada fistula lacrimal. (3)

(1) Lam. 3. fig. 10.

(2) *Cgirurgi. observ. relative. to the eye*, vol. 2°

(3) La operacion que acaba de describir el autor es poco mas ó menos la que hoy dia practican, segun los consejos de Ware, los mas de los cirujanos ingleses; se diferencia tambien muy poco del proceder del señor Demours. Cualquiera que sea su sensillez, confesaremos que nos parece menos racional que el método del Sr. J. L. Petit modificado por Desault. Se sabe que este último consiste en dilatar el canal nasal á beneficio de una torunda cuyo volumen se aumenta sucesivamente: pues esta indicacion es la principal; porque contentarse con desaharazar el paso del canal nasal, sin llevar su dilatación mucho mas allá de sus dimensiones naturales, solo se logrará una curacion pasajera: es fácil dilatar gradualmente el canal con las torundas compuestas de hebras de hilas, aumentando su número de dia en dia: la presencia de estas torundas es por otra parte mucho menos irritante que la de las materias metálicas. Pero, se dirá que esta dilatación mecanica del canal nasal, no es mas que un medio empírico que no puede tener efectos durables, pues que no destruye la causa de la estrechez. Esta objecion está funda-

El resultado de la curacion de esta enfermedad depende en gran parte de la buena situacion del estilete *conductor* de las lágrimas; por esto deberá el cirujano

da; la esperiencia acredita que no es raro ver de nuevo estretharse el canal nasal, cualquiera que sea la dilatacion que haya experimentado: el arte presenta pues una imperfeccion real en la curacion del tumor lacrimonal; con todo eso, mientras que la observacion no nos haga conocer cualquier otro método mas racional, creerémos que los prácticos no tendrán motivo de arrepentirse de adoptar este cuya preferencia sostenemos á favor de nuestra opinion podemos citar la autoridad de dos nombres célebres, los de los Sres. Boyer y Roux quienes todos los dias se felicitan de ser constantes al método de Desault.

Los instrumentos necesarios para ejecutar esta operacion son: 1º un bisturi de oja estrecha y fuerte; 2º una cánula de oro ó plata, de dos pulgadas de larga, algo cónica, ligeramente encorbada, rebajada en el corte como una pluma de escribir por su estremidad mas delgada y del lado de su concabidad, teniendo en el mismo lado y á la otra estremidad un pequeño anillo dirigido segun su longitud; 3º un estilete cónico, romano por sus estremidades, que facilmente pueda resbalar en la cánula, sin que á pesar de esto la atraviese; 4º un muelle de reloj de seis pulgadas de largo, agujereado por una de sus estremidades como una aguja teniendo en la otra un botoncillo de plata. El enfermo está sentado: un ayudante, colocado detrás de él, fija su cabeza, y tira los parpados acia afuera; el operante mete en el saco lacrimonal un bisturi sostenido como una pluma de escribir, con la mano derecha, si opera en el ojo izquierdo y *vice versa* (vease la nota de la página 19); cerciorado de que ha llegado á su interior por la falta de resistencia, y por la salida de una materia puriforme, inclina el instrumento acia afuera, y resbala sobre el dorso de la oja el estilete pasado antes en la cánula; este estilete siendo encorbado, no puede ser detenido por el arranque de la ceja, salva comunmente el canal nasal con facilidad; en el caso contrario, se retira para reemplazarlo por una sonda mas fina: cuando el canal está destapado, se hace resbalar la canula sobre el estilete hasta dentro de la fosa nasal; se retira el estilete, se introduce en está cánula el muelle de reloj, guarnecido de un hilo; se desenvuelve por el sesgo de su estremidad inferior, se situa debajo del cornete inferior, y se manifiesta en la nariz; cogese con los dedos ó con unas pinzas, se le retira, y á medida que baja, arrastra el hilo pasado en su abertura; quitase la cánula, de aqui adelante inútil, anudanse juntos los dos extremos del hilo, rollandolo en un alfiler que se clava en el gorro del enfermo. Es algunas veces imposible hacer salir el muelle en la nariz: lo que depende de la mala situacion de la cánula, cuyo sesgo es siempre preciso tener el cuidado de volver á dentro, para que este muelle no se doble en el orificio inferior; pero en algunos casos la mano mas ejercitada no podrá conseguir el objeto; es preciso entonces adoptar otro medio. Desault

interesarse especialmente en esta parte de la operacion tendrà cuidado de empujarlo en la nariz à lo largo del canal nasal sin atravesar el ungüis; estará seguro de

introduce comunmente un hilo en la cánula hasta la fosa nasal á beneficio de un estilete horquillado; despues encarga al enfermo que se suene con fuerza, teniendo cerradas la boca y la nariz del lado opuesto á la enfermedad; muchas veces el hilo sale luego, arrastrado por la columna de ayre; sin embargo de que el enfermo con frecuencia se ve obligado á sonarse en diferentes ocasiones; algunas veces aun solo asi consigue hacer salir el hilo en el curso del dia. El profesor Boyer lo coge comunmente con mucha facilidad, por medio de una herina roma. Al dia siguiente al de la operacion, se reemplaza el hilo de cañamo por uno de seda rollado en un naipe, y bastante largo para servir durante toda la curacion. A la estremidad de este hilo, se ata una torunda cubierta de cerato, de pulgada y media de largo, que se conduce en el canal nasal, hasta la parte superior del saco lacrimal: el dia inmediato se le retira por medio de un hilo que se tiene siempre cuidado de atar á su estremidad inferior, y se le reemplaza por otra un poco mayor; renuevasse esta curacion todos los dias, ó cada dos, aumentando progresivamente el volumen de la torunda, hasta que el canal nasal esté suficientemente dilatado. Cuando se juzga que la curacion está concluida, se retira la torunda, dejando no obstante aun por algun tiempo el hilo para volverlo á introducir de nuevo, si la enfermedad reincidiese. La curacion á lo menos exige seis semanas, muchas veces tres meses, y algunas aun mucho mas tiempo.

El profesor Dupuytren ha adoptado un modo del todo diferente de operar el tumor y la fistula lacrimal. Se contenta con introducir un bisturí en el saco lacrimal, y colocar para permanecer en el canal nasal una cannulita cilindrica cortada al sesgo por su estremidad inferior, guarnecida en la opuesta de un pequeño borde ó realce que precave su caida en la nariz, bastan algunos segundos para la egecucion de esta operacion, y tres ó cuatro dias para la curacion del enfermo. Este resultado es sin duda satisfactorio ¿pero acaso no hay que temer que la cánula se tape, vuelva á subir y determine la ulceracion del saco y de los tegumentos? ¿No puede, por otra parte, ser el manantial continuo de una irritacion de las vias lacrimales? Esta operacion tendrá mas que cualquiera otra la necesidad de la sancion repetida de la esperiencia; pues que la theoria depones altamente contra ella. Los ingenios exactos creerán en efecto dificilmente en la posibilidad de reemplazar un conducto viviente por un tubo inerte; la primera idea de esta operacion no pertenece al profesor Dupuytren: Touber parece haber sido el inventor de ella: fue combatida por Louis (Veanse las memorias de la academia de cirugía) y parecia condenada á quedar en el olvido cuando los Señores Delpech (Resumen de las enfermedades quirurgicas) y Dupuytren emprendieron el volverla á hacer entrar en el dominio del Arte. (Los traductores franceses.) (a)

no haberse estraviado, si el instrumento resbala contra una superficie lisa, despues de haber encontrado un ligero obstaculo, si su estremidad superior corres-

(a) Considerando el Dr. Dupuytren que la falta de buen exito de los mas de los medios que se emplean para la curacion del tumor y fistula lacriual, dependia de la poca duracion de la accion de aquellos que se oponen al mal; cuya causa una vez desarrollada parece obra por mucho tiempo que aun despues de una curacion seguida por algunos meses y quizás años, es sin embargo bastante poderosa para promover de nuevo la obstruccion de las membranas que tapizan el canal nasal y la obliteracion de su calibre, trató de buscar un medio cuya accion fuese permanentemente; adoptó al efecto el proceder operatorio de Foubert que supo perfeccionar venciendo las dificultades que presentaba la movilidad de su cánula. Este método cuyos inconvenientes manifiestan los Sres. Bousquet y Belanger (véase la nota anterior), no serán de tanta consideracion, cuando no los han previsto los Sres. Sanson y Begin que tan decididamente se declararon á favor de él.

Apenas, dicen, colocada la cánula en el canal nasal, hace inútil toda especie de curacion consecutiva: la cicatriz de la herida exterior queda formada á la veinte y cuatro horas, cuando el saco ha sido abierto con el bisturi: y algunas mas, si existiese una abertura fistulosa por la cual se haya introducido el instrumento: los enfermos pueden volver á sus acostumbradas ocupaciones inmediatamente de ser operados. La mayor parte de ellos sobrellevan con suma facilidad este cuerpo extraño olvidando su presen- cia: tan poca es la incomodidad que les ocasiona. Manifiestan todos una incomparable admiracion, cuando despues de una incision que apenas dura un segundo, y la introduccion de la cánula cuya egecucion no es menos rapida, se les asegura una completa curacion, sin mas necesidad que renovar una ó dos veces el parchecito glutinante que cubre la herida. Estas son las ventajas que presentan los partidarios de este proceder operatorio, en contraposicion á los inconvenientes que se le atribuyen, apoyados en una multitud de sujetos de todas edades y sexos operados, cuyos constantes y buenos resultados ha coronado la práctica. Los cálculos de los enfermos relativamente curados, comparados con los que no han sido tan dichosos, son que de veinte individuos, diez y seis á lo menos curan completa y radicalmente, sin que la cánula se desalogue jamas; de los cuatro restantes, los dos se les cae la cánula en las fosas nasales, ó remonta ácia el saco lacriual cuya extraccion se hace indispensable, mas como este accidente puede no manifestarse sino despues de mucho tiempo, no está la curacion menos asegurada en algunos casos, porque el canal nasal vuelve á adquirir sus dimensiones como si hubiera sido dilatado á beneficio de torundas ó candelillas: en fin, los otros dos enfermos experimentaban muy amenudo dolor, irritacion y otros accidentes inflamatorios que se combaten con los anti-flogísticos locales y generales, y rara vez hay la precision de extraer la cánula. Estos resultados, dicen, que léjos

ponde al borde superior de la orbita, en fin si queda fijo en su situacion; al contrario cuando se atraviesa el hueso unguis (error que es mas facil cometer de lo que creen los cirujanos jóvenes) se siente resbalar el instrumento contra una superficie desigual, la estremidad superior se separa de la ceja, dirigiendose acia adelante, y el estilete conserva en todos sentidos una movilidad sensible.

Es imposible determinar con exactitud el tiempo que se puede retirar el estilete, sin esponerse al inconveniente de ver renacer la enfermedad; esto depende de la supresion mas ò menos pronta del flujo palpebral, y del tiempo que tarda el saco lacrimal en volver á sus primeras dimensiones, (1) y el resto de las vias lacrimales en recobrar su accion natural.

Puede generalmente decirse, que cuanto mas se tarda en retirar el estilete, mas asegurada queda la curacion; rara vez le he hecho llevar menos de un año; no es dificil lograr de los enfermos la docilidad necesaria, pues que la presencia de este ins-

de parecer exagerados serán al contrario juzgados menos favorables aun de lo que se presentan en los hechos, si se atiende á que muchisimos enfermos despues de operados por este método en el Hotel-Dieu, se marchan sin que se vuelva jámas á tener noticia de ellos. Deducen pues que un procedimiento tan sencillo y ventajoso debe ser preferido á todo otro. Sin embargo de todo lo dicho y de ser seguramente este método el que con preferencia han adoptado un gran número de prácticos del día, no me parece que debe colocarse en la clase de las operaciones con que se consigue una curacion radical, porque en el mero hecho de la permanencia de la cáñula que precisamente constituye el objeto principal de ella, queda privada del goce de tal prerrogativa. (El traductor español.)

(1) Cuando en lugar del pequeño estilete, conductor de las lágrimas, hacia llevar á los enfermos por mucho tiempo una gruesa sonda de plomo, (Lam. 8. fig. 10.) atribuia la estrechez del saco lacrimal á la compresion que egercia sobre él la parte superior de esta tintera; pero la esperiencia me ha convencido despues, que lo mismo sucede cuando se emplea un estilete muy pequeño. La estrechez del saco proviene pues menos de la compresion que experimenta, que de la elasticidad y vitalidad de sus membranas, así como de la falta del humor puriforme que lo llenaba.

trumento no causa ni dolor ni deformidad, en especial si se tiene la precaucion de dar à su estremidad superior el color de los tegumentos: es util y aun indispensable el retirarlo dos veces à la semana para limpiarlo del moco que lo cubre y evitar el depósito de una incrustacion terrea como sucedió al sujeto de la observacion número 8.

El flujo palpebral puriforme llega à su tercer periodo cuando le acompaña dilatacion, atonia del saco lacrimal, ulceracion, fungosidades de su membrana interna, y ademas una ó muchas fistulas comunicandose en su interior (1). Afortunadamente este estado que podria llamarse con razon fistula lacrimal se encuentra muy raras veces en la práctica; porque si los enfermos convienen en olvidar un lagrimeo que principia, se apresuran à reclamar los socorros del arte luego que se ven el ojo ocupado por una abundante secrecion de lágrimas y de materia puriforme, que su vista se enturbia, y que sienten un pequeño tumor entre la nariz y el grande angulo del ojo; en una palabra, cuando está el mal todavia en su segundo periodo.

En el tercer periodo de esta enfermedad la dilatacion del saco lacrimal es siempre considerable; la piel que lo cubre está adelgazada, rogiza y agugereada de una ó muchas fistulas por las que sin cesar corre una materia purulenta mezclada de lágrimas y lagañas. Una sonda introducida por estas aberturas es detenida en todas direcciones, y determina facilmente un pequeño derramen sanguineo, cualquiera que sea la ligereza con que el operante la dirija. En tal esta-

(1) Sucede en algunas ocasiones que el saco se inflama, supura y se abre al exterior sin haber sido muy dilatado y sin que se observe ulceracion fungosa en su cavidad: en este caso, se puede suponer que la enfermedad no está mas que en el segundo periodo y se tratará del modo ya indicado.

do de cosas, en vano se lisongearia uno de lograr, por la simple introduccion del estilete, el rebajar las fungosidades, la cicatrizacion de la membrana interna del saco y el restablecimiento de este receptaculo debilitado en sus dimensiones naturales. Aun cuando se consiguiese agotar el manantial de la secrecion viciosa de los parpados, no quedaria menos en el interior del saco otra secrecion morbosa de un humor viscoso y purulento incapaz de fluir dentro de la nariz à lo largo del conductor; seria asi mismo inutil limitarse à hacer al saco lacrimal una simple pun- tura; es preciso cortarlo en toda su longitud, y apli- car sobre su superficie interna los medicamentos mas propios para cicatrizar las ulceras fungosas que tienen su asiento en él. Despues de haberlo puesto del to- do en descubierto, el operante introducirà en el ca- nal nasal un estilete de mediano grueso que hundirà con suabidad en la nariz correspondiente, retiràndolo en seguida para remplazarlo por una candelilla de una dimension conveniente, de pulgada y media de largo para un adulto; introduciendo esta última, se tendrá la precaucion de dirigir su estremidad supe- rior acia adelante, con él fin de que la opuesta se encorbe y se dirija acia detràs de la garganta; la par- te superior de esta candelilla asegurada por un hilo deberá estar metida en el saco lacrimal hasta la en- vocadura del canal nasal, de modo que lo mantenga dilatado sin ocupar el saco: se podria remplazar con ventaja por una sonda de goma elastica de la misma dimension, lisa y flexible. Operandose à un adulto, es esencial que la candelilla ó sonda de goma elastica tenga una pulgada y medià de longitud, pues que mas corta, no podria encorbarse acia el farinx, es- taria por consiguiente menos fija en su situacion, se subiria al tiempo de estornudar, y desordenaria el apa- rato y los medicamentos aplicados sobre el saco la-

crimal. No es indiferente dejar el canal nasal libre durante la curacion de las ulceras fungosas del interior del saco, porque todos conocen la propension de los conductos vitales à constreñirse y aun à taparse siempre que cesan, aunque por poco tiempo, de dár paso al liquido que habitualmente corre por ellos.

Despues de haber operado de este modo la dilatacion del canal nasal, el cirujano con una sonda ligeramente encorvada registrará toda la estension del saco lacrimal para conocer exactamente su estado y dimensiones, y para valuar mejor por el resultado los progresos de la estrechez que debe combatir; examinará particularmente la porcion que sobresale del tendon del musculo orbicular y que no haya sido comprendida en la incision; en fin, lo llenará de hilas finas sostenidas por una compresa y una benda.

Al tercer dia, si la supuracion está establecida, levantará el àposito para labar la herida y llenar la cavidad del saco de hilas impregnadas de un linimento compuesto de precipitado rojo y goma arabiga. La impresion de este escarótico es bastante suave, incomoda poco al enfermo y promueve la constriccion de la cavidad del saco destruyendo las fungosidades que nacen de su membrana interna. Se vé, todos los dias, curando al enfermo, el peloton de hilas cubiertas de una capa blanquinosa, como de algodón, formada de los restos de estas fungosidades: al mismo tiempo el saco pierde sensiblemente su diámetro. Si las fungosidades resisten à este tratamiento, el cirujano llenará toda la cavidad del saco de precipitado rojo puro ó mezclado con un poco de alumbre, tocandolas, amenudo con la piedra infernal; estos ligeros causticos contendrán las vejetaciones de su membrana interna, resultando una ulcera simple susceptible de una curacion solida, que corresponderá necesa-

riamente al encojimiento del saco lacrimal. Es muy esencial que la estrechez de los labios de la herida se haga en la misma proporcion que el de toda la cavidad del saco; procurará pues el cirujano que esten suficientemente apartados por medio de una torundilla de hilas, ó de un pedazo de esponja; aguardando los resultados de esta curacion, se aplicará mañana y tarde el unguento optalmico de Janin entre los parpados; usando tres ó cuatro veces al dia, del colirio vitriolado, à fin de destruir el flujo palpebral puriforme, pues subsistiendo este no puede esperarse una curacion completa en ningun periodo.

Cerciorado ya el cirujano por medio de la sonda curva, que el saco poco mas ó menos ha adquirido sus dimensiones naturales, suspenderá el uso de los escaróticos, y los remplazará por el de las hilas empapadas en una mezcla de agua de cal y miel rosada; luego que vea que los bordes de la incision y la cara interna del saco se cicatrizan y que apenas fluyen ya materia purulenta, retirará la sonda de goma elastica, ó la tiente colocada en el canal nasal, remplazandola por el estilete que el enfermo llevará mas tiempo de lo que se acostumbra en el segundo periodo de esta afeccion, supuesto que en el tercero las vias lacrimales están mas profundamente alteradas en su estructura y en sus funciones.

Los cirujanos antiguos empleaban mucho mas los tópicos escaróticos para la curacion de la fistula lacrimal; mas todos han cometido el defecto de no limitar su uso á los solos casos en que es necesario destruir las fungosidades de la membrana interna del saco, y determinar la estrechez de este receptaculo; los aplicaban en todos los estados de esta enfermedad, aun quando no hubiese la menor ulceracion en el interior del saco, como en el primero y segundo periodo.

Naroni el padre, (1) ha llevado mucho mas allá esta práctica inconsiderada. Este cirujano destruía enteramente el saco lacrimal con los causticos para trasformarlo en un cuerpo solido y caloso; y obraba con tanta mas seguridad quanto estaba persuadido que despues de esta transformacion del saco, el lagrimeo era imposible. Nadie seguramente será de su parecer; el resultado que el esperaba está en completa oposicion con la estructura anatomica y las funciones de las vias lacrimales.

Este escritor refiere, es verdad, el egeemplo de muchas personas curadas, sin ninguna señal de lagrimeo, por este método vicioso; pero se puede asegurar, segun los datos anatómicos mas ciertos, que en estos casos afortunados, el caustico no habia hecho sino destruir una porcion de la superficie interna del saco, sin gastar su cavidad, y por consiguiente sin cerrar el paso de las lágrimas à la fosa nasal: ó, que su accion se habia estendido hasta el unguis y la membrana interna de la nariz, habiendo abierto à las lágrimas un camino artificial, por decirlo asi, con afrenta del operante, cuyos esfuerzos todos se dirigian à dejar à el enfermo con un lagrimeo continuo.

Acerca del cuarto periodo del flujo palpebral puriforme que los cirujanos llaman fistula lacrimal con carie, es menos frecuente de lo que se creia antiguamente.

Segun lo que he visto en mi práctica, este ultimo grado de la fistula lacrimal se presenta bajo dos diferentes formas: en la primera, el saco, desde largo tiempo muy dilatado, está lleno de una mezcla de lágrimas y pus; intacto esteriormente, comunica con la nariz correspondiente por medio del hueso unguis cariado; la alteracion de las vias lacrimales es tal, que

(1) *Tratado Chirurgico sulla semplicita di medicare obs.* 31.

se puede mirar el canal nasal como desprendido del saco lacrimal, obliterado, y perdido; en la segunda forma, el saco lacrimal, abierto al exterior, ofrece en su interior ulceraciones que dejan en descubierto el hueso unguis cariado, pero no perforado: el canal nasal está enteramente obliterado.

Se conoce la primera forma de esta enfermedad cuando comprimiendo el saco lacrimal, se vé, à medida que se baja y se vacia, una pequeña cantidad de materia refluir por los puntos lacrimales, mientras que la mayor parte del humor que contiene se descarga en la nariz correspondiente, difundiendo aquel olor fetido que anuncia la carie del hueso; es fácil justificar la denudacion del hueso unguis por medio de una sonda que, dirigida en todos sentidos, no penetre en el canal nasal, sin encontrar en todas partes estrecheces, fungosidades y durezas.

En el primer caso, cuando la carie solo ataca al hueso unguis y tambien una pequeña porcion del ethmoides, el daño no está fuera de los recursos del arte y puede curarse radicalmente. Es preciso cortar el saco lacrimal en toda su longitud y limpiar su superficie interna à beneficio de los escaróticos y de los astringentes de que hemos hablado, sin dedicarse al restablecimiento del canal nasal; se ve entonces, segun me lo ha manifestado tantas veces la esperiencia, la estrechez de las membranas del saco suceder à la caída de los puntos del hueso cariado. Durante este tratamiento no se olvidará el uso del unguento optalmico, cuya accion se secundará por todos los medios internos capaces de combatir la diatesis particular que ocasiona y entretiene la secrecion palpebral.

Cicatrizada ya la cara interna del saco, se dejan acercar y pegar los bordes de la herida al hueso; la abertura resultante de la destruccion del hueso unguis y de la membrana pituitaria correspondiente será tal

que las lágrimas encontrarán un libre paso en la nariz.

El mismo método curativo conviene igualmente à la segunda forma de fistula lacrimal complicada con la denudacion del hueso unguis; hay sin embargo la diferencia de que no estando entonces el hueso sino desnudo, pero no perforado, no hay ninguna esperanza de restablecer el canal nasal; es preciso practicar un camino nuevo y permanente las lágrimas perforando el hueso unguis y la porcion de membrana pituitaria que lo viste. La esperiencia ha manifestado que para conseguir este objeto, no basta, perforar el hueso unguis y la membrana pituitaria por medio del trocar sin hacerle experimentar una perdida de substancia; de este modo solo se procura à las lágrimas un camino demasiado estrecho que se oblitera de dia en dia, no tardando en cerrarse enteramente luego que se quita la sonda que lo mantenía abierto. Igual fenomeno vemos quando una porcion cariada de la boveda palatina se separa dejando entre la boca y las fosas nasales una abertura de comunicacion con frecuencia bastante ancha para recibir la estremidad del dedo; en efecto, si en este caso la perdida de substancia de la membrana palatina no es muy considerable, la abertura se estrecha de dia en dia concluyendo algunas veces por cerrarse totalmente. ¿Despues de esto, puede esperarse que no se cierre una simple perforacion de la membrana pituitaria, sin perdida de substancia? Las cànulas que se han propuesto para mantener la abertura de la membrana de la nariz y la del hueso unguis, estan lejos de ser un medio en que pueda confiarse. En efecto, estos instrumentos aun los mejor construidos, no tardan en levantarse contra la pared anterior del saco, caen en las narizes antes de lo que debieran, ó se llenan de una materia terrea que los tapa y hace inútiles.

La destruccion de una porcion del hueso unguis es el único medio conocido verdaderamente eficaz para asegurar en este periodo, el fácil derramen de las lágrimas desde el saco lacrimal à la nariz. Para llenar esta indicacion, nada me parece mas conveniente que el cauterio actual: este es un medio de que los antiguos abusaron sin duda para la curacion de esta enfermedad, pero que los modernos han abandonado con demasiada ligereza: los primeros cauterizaban el unguis y la membrana pituitaria en todos los casos y en todos los periodos de la fistula lacrimal, muchas veces sin necesidad; al contrario, los otros no practican esta operacion en circunstancias en las que seria verdaderamente util, por egemplo, en el mas alto grado de la fistula lacrimal.

Para cauterizar el hueso unguis y la membrana pituitaria con exactitud y seguridad, se empieza haciendo una incision en el saco lacrimal en toda su longitud, se llena luego de hilas blandas sostenidas por una compresa y una venda. Dos dias despues, se levanta el aposito; la cabidad del saco y la cara del unguis se presentan limpias; el operante aplica una cánula (1) contra este hueso, en una direccion ligeramente oblicua de arriba à bajo, y pasa por medio de este instrumento un hierro ardiendo (2) que se aplica, con cierta fuerza, sobre el unguis á fin de que su punta despues de haber cauterizado este hueso, toque la membrana pituitaria. Siendo de la mayor importancia, para el éxito de la operacion que la porcion cauterizada de esta membrana forme escara, y se desprenda perfectamente al rededor de la abertura del hueso unguis; si el cirujano observase que la punta del cauterio se enfriase con demasiada prontitud aplicará

(1) Richter es de este parecer *Observ. Medic. Chir. cap. 1.*

(2) Lam. III. fig. VI.

apresuradamente otro que siempre tendrá prevenido al efecto. Hecho esto, llenará de nuevo el saco lacrimonasal de hilas cargadas de un unguento emoliente; ordenará al enfermo que absorva, muchas veces al día por las narices, la decoccion tibia de malvas, ó fria; segun mejor le acomodare. Si en los siguientes dias, el enfermo se quejase de dolor, si la nariz y los parpados presentan una inchazon notable, se les aplicará una cataplasma de pan y agua de malvas. Luego que las escaras principien á desprenderse, se verán los colgajos de la membrana pituitaria cauterizada, salir con el moco por la nariz; los restos del unguis seguirán en parte el mismo camino, escurriendo ademas, por la herida interior. Entonces el cirujano introducirá en la nueva abertura una pequeña tintera, ó bien una sonda de goma élastica, sostenida por un hilo; cuidará de aumentar su volumen á proporcion que la abertura se haga mayor, ya sea por la caída de una ú otra porcion de la pituitaria, ó por la separacion de nuevos fragmentos del hueso unguis; ademas del unguento optalmico, siempre necesario para suprimir el flujo palpebral puriforme, empleará los escaróticos, los deterstivos y los astringentes propios para destruir las fungosidades y callosidades del saco lacrimonasal, y restituir á este receptaculo sus dimensiones naturales. Cuando la cicatrizacion de la membrana interna del saco esté cuasi completa, si se observase las menores fungosidades al rededor de la abertura del hueso unguis, las contendrá con la piedra infernal, hasta que la cicatriz sea tan perfecta en este punto como en todo lo demas del saco; entonces podrá dejar que se aproximen los labios de la herida al rededor del estilete que el enfermo llevará mucho tiempo para mejor asegurar la curacion. (1)

(1) Es raro que no pueda vencerse la estrechez del canal nasal y

De todo cuanto acaba de esponerse en este capítulo pueden deducirse los siguientes corolarios.

1.º El principal manantial, y la causa primordial de la fistula lacrimal, consiste especialmente en el acrecentamiento morbozo de la secrecion de las glándulas de Meybomio y de la membrana interna de los párpados.

2.º En esta secrecion palpebral pueden considerarse cuatro grados, cada uno de los cuales reclama una curacion particular.

establecer el camino natural á las lágrimas; raras veces se encuentra el hueso unguis afectado de carie. El Sr. Demurs cree que de cien veces una no se halla desnudo el hueso unguis, y en caso que esto suceda, de veinte una no se halla cariado: parece por otra parte que reprueba todas las operaciones mas ó menos dolorosas á beneficio de las cuales se abre á las lágrimas un camino artificial en la nariz; sin embargo, es preciso convenir en que existen fistulas lacrimales cuya curacion no puede obtenerse de otra forma. La cauterizacion del hueso unguis y de la membrana pituitaria aconsejada por el Sr. Scarpa, es una operacion de fácil ejecución pero tiene el inconveniente de amedrentar al enfermo y causar en algunos casos una violenta inflamacion; no aconsejaremos como Hunter el quitar una porcion circular del hueso unguis y de la membrana pituitaria, por medio de un sacabocados que se aplica á la cara esterna de este hueso y de una plancha de cuerno primeramente introducida en el conducto de las fosas nasales para servir de punto de apoyo: esta operacion es muy amenudo impracticable; parece que su mismo autor la habia abandonado pues que no habla de ella en sus obras. La única ventaja que no se puede disputar, y que va á la par con la cauterizacion, es el ocasionar al hueso unguis y á la membrana pituitaria una verdadera pérdida de substancia; ¿pero esta ventaja es de tanta utilidad como se cree? La esperiencia ha demostrado lo contrario al Profesor Boyer; este hábil cirujano no pudiendo un dia destapar el canal nasal, perforó el hueso unguis con una sonda acanalada, é introdujo por la abertura una cánula por medio de la cual condujo facilmente un hilo en la nariz, á beneficio de este hilo, se condujeron igualmente en la abertura torundas mas y mas voluminosas que atravesaban desde luego con dificultad; pero á los tres meses, las mayores pasaban con tal facilidad, que el operante creyó que los bordes de la abertura estaban cicatrizados; entonces dejó que se cerrase la herida exterior y el enfermo curó sin lagrimeo. Muerto en el hospital de caridad cuatro años despues, se hizo la inspeccion cadavérica, y se vió que la pared interna del saco lacrimal no existia; habiendo en su lugar una ancha abertura por donde las lágrimas pasaban á la nariz. ¿Se objetará acaso que este camino artificial conservado durante cua-

3º Para conseguir una curacion perfecta y solida en esta enfermedad, cualquiera que sea su periodo y sus complicaciones, es siempre necesario contener la secrecion de los parpados, sea à beneficio de topicos, sea combatiendo, por los remedios internos, la diatesis particular que la ha producido y mantiene.

4º En el primer periodo, basta asociar al uso de estos medicamentos el de las inyecciones de agua caliente, introducidas por los puntos lacrimales hasta la nariz.

5º En el segundo, no estando el saco sino medianamente dilatado, basta abrirlo con una simple pun-tura, y colocar en el canal nasal el estilete *conductor de las lágrimas*, sin olvidar la curacion particular del flujo palpebral.

6º En el tercero, cuando hay una excesiva dilatacion del saco, atonia de sus membranas, fungosidades y ulceracion de su cara interna, es absolutamente necesario abrirlo en toda su longitud, à fin de reparar el desorden que en el existe, insiguiendo por otra parte todos los principios de la curacion de las úlceras fungosas en general.

7º La fistula lacrimal complicada de carie del hueso unguis, corrosion de la membrana pituitaria, obliteracion del canal nasal, puede curarse radicalmente, y sin que quede resto de lagrimeo, siempre que la carie no se estienda muy profundamente en las cellillas hetmoïdales, como algunas veces sucede à los sugetos caquéticos.

tro años se cerraria mas tarde? no; sus bordes estaban perfectamente cicatrizados y no anunciaban ninguna tendencia à aproximarse; nosotros pensamos que esta operacion es susceptible de una aplicacion general. (Los traductores franceses.)

Existen segun algunos autores una clase de fistulas, que no son propiamente sino las úlceras de esta membrana, de que ya habla el autor en otro lugar. Su formacion, sus causas, y curacion en cuasi nada se diferecian. (El traductor Español.)

8º Puede todavía obtenerse el mismo resultado en el cuarto periodo, perforando, por medio del cauterio actual, el hueso unguis y la membrana pituitaria. (1)

(1) El autor, seducido siempre por sus preocupaciones, generaliza los resultados de su sola esperiencia, no comprendiendo en sus corolarios, ni todos los casos ni todas las indicaciones.

1º Algunas veces solo existe un simple lagrimeo que puede proceder de la obstruccion del canal nasal, por mucosidades espesadas, por el flógo-sis de su membrana interna, y en algunos casos de la irritacion de la conjuntiva palpebral y de los folículos de Meybomio. *Curacion*: colirios resolutivos, inyecciones; si estas no pasan se desobstruyen los conductos lacrimales con la sonda de Anel.

2º Se forma entre la nariz y el grande ángulo del ojo un pequeño tumor: comprimiendolo el enfermo hace refluir por los puntos lacrimales, y algunas veces por la parte inferior del canal nasal, una mezcla de lágrimas y mucosidades blanquizcas. *Curacion*: los colirios, las inyecciones, las fumigaciones resolutivas surten muy buen efecto algunas veces; pero comunmente es preciso abrir el saco lacrimal para destapar y dilatar el canal nasal. Algunos autores aconsejan abandonar el tumor lacrimal á la naturaleza, cuando persiste en este estado de simplicidad; es preciso entonces que el enfermo evite el frio y todo lo que puede inducir una inflamacion en el ojo; es indispensable, ademas, que haga uso continuo de los colirios resolutivos, y que tenga cuidado de vaciarse frecuentemente el tumor para evitar la demasiada dilatacion del saco lacrimal y la alteracion del humor que contiene.

3º El saco lacrimal se inflama y se abre al exterior; el tumor precedente es entonces reemplazado por una verdadera fistula que dá salida á las lágrimas y al pus que segregan las membranas ulceradas del saco. *Curacion*: se puede aunque en casos muy raros obtener una completa curacion insistiendo en el uso de los colirios y de las inyecciones; pero la desobstruccion y la dilatacion del canal nasal son cuasi siempre indispensables.

4º La fistula lacrimal puede existir con denudacion y carie del hueso unguis; la exfoliacion de este hueso inevitable en el segundo caso, no siempre tiene lugar en el primero, segun J. L. Petit. La misma curacion que en el caso precedente. Es preciso impedir la permanencia del pus con repetidas curaciones, y esperar la caida de una ó muchas porciones óseas que dejan algunas veces una abertura permanente que da paso á las lágrimas por los conductos de las fosas nasales.

5º El canal nasal está obstruido de modo que no puede restablecerse. *Curacion*: es preciso abrir á las lágrimas un camino artificial; y este es el partido que se elige mas comunmente, cuando los huesos que forman la gotiera lacrimal están cariados ó simplemente desnudos.

6º Existen una variedad de tumores lacrimales de los que hablan los autores y al parecer fueron por la primera vez observados por J. L. Petit

Primera observacion.

Una señorita de Pavia de edad de 17 años, delicada y nerviosa, tenia el ojo derecho lagrimoso, sus parpados estaban de tal modo inchados que difícilmente los abria y todas las mañanas aparecian pegados por abundantes lagañas. Se le aconsejaba lavarse frecuentemente el ojo con el agua de sauco. A los cuatro meses, la enfermedad se agravó considerablemente; llamado á junta, observé, comprimiendo el saco lacrimal, que refluia por los puntos lacrima-

que refiere de ellos tres observaciones; están acompañados de obliteracion de los puntos lacrimales no resultando por consiguiente sino de un cúmulo de mucosidades en el interior del saco lacrimal. (1) Se puede muy bien disipar este tumor abriendo el saco y dilatando el canal nasal, pero el lagrimeo es incurable; pues los prácticos parece que han desechado enteramente la operacion de Pouteau que consiste en abrir á las lágrimas un paso en el saco lacrimal dentro del párpado inferior. Si la obliteracion de los puntos ó conductos lacrimales no es completa, debe tratarse de restablecerlos á beneficio de la sonda de Anel. J. L. Petit dice haberlo practicado muchas ocasiones con éxito; cita un caso en que los conductos lacrimales estaban obstruidos acia su entrada en el saco lacrimal; venció el obstaculo que cerraba el conducto inferior con un estilete que reemplazó en seguida con un hilo de oro cuyos dos extremos fueron enroscados uno con otro y cubiertos con un lienzo. El enfermo curó sin epífora: el operante no pudo conseguir restablecer el conducto lacrimal superior.

Añadiremos que con mucha frecuencia es indispensable asociar á la curacion local del tumor ó fistula lacrimal, la que exigen las afecciones generales del que no es, en muchos casos, sino un efecto sintomático: el vicio escrofuloso en particular en los niños, lo produce muy amenudo, y hace inútiles las tentativas locales mas racionales. El Profesor Boyer asegura que desgracias multiplicadas le han hecho tomar la resolucion de no operar los niños antes de los catorce ó quince años de su edad. (Los traductores franceses.)

(1) Igual observacion nos refiere Anel de una muger, cuya causa productora parece fué desarrollada en el mismo saco lacrimal por la agregacion del humor que trasudan las paredes de este receptaculo, no observandose la menor señal de la existencia de los puntos lacrimales. No nos dice Anel cual fue el suceso de esta extraordinaria enfermedad, ni cual el método curativo que adoptó; así como el célebre Petit asegura que logró los mejores resultados con la incision del saco en los tres individuos de las ante dichas observaciones, procurando ademas restituir al canal sus primeras dimensiones por medio de tientas. (El traductor español.)

les una considerable cantidad de materia puriforme; volví al revés los párpados de el lado derecho, y vi que la conjuntiva palpebral, infartada en la inmediatecion de su borde libre, presentaba el aspecto de una sustancia felposa; las glándulas de Meybomio, mas gruesas y mas salientes de lo acostumbrado, estaban entretegidas de vasos varicosos. El ojo izquierdo estaba cuasi enteramente sano.

La enferma tenia, hacia muchos meses, el ala derecha de la nariz muy rubicunda é inchada; la membrana pituitaria del mismo lado estaba seca y costrosa. Despues de haber exprimido del saco lacrimal toda la materia puriforme que contenia, probé el inyectar agua por uno de los puntos lacrimales: à la quarta tentativa, pasó à la garganta. Como el saco no habia experimentado dilatacion sensible, solo procuré desviar la fluxion, corregir la secrecion morbosa de los párpados, fortificando al mismo tiempo los vasos varicosos que recorrian su superficie interna. Dispuse que la enferma tomase una libra de suero en muchas dosis al dia, añadiéndole una dracma de cremor tartaro y medio grano de emetico. Esta bebida no fatigaba al estómago y promovía todos los dias una ò dos abundantes deposiciones. Empecé á introducir entre los párpados del lado derecho una corta cantidad de unguento de Janin, preparado segun su fórmula; pero tal fué, en esta circunstancia, la accion estimulante de este medicamento; que al cabo de una hora los párpados estaban inflamados y considerablemente inchados, aunque se hicieron frecuentes lociones de leche. Mientras duró esta inflamacion, esto es, en el espacio de cuatro ó cinco dias, el flujo palpebral desapareció completamente, y de cualquiera forma que se comprimiese el saco lacrimal, no salia por los puntos lacrimales sino lágrimas puras. Luego que desapareció la inflamacion, se vió renacer

el flujo palpebral. Insisti entonces en el uso del ungüento mismo el cual hice menos activo duplicando la dosis de la enjundia: la cantidad que empleaba por mañana y tarde, igualaba al tamaño de grano y medio de trigo; pero empecé siempre por introducir por los puntos lacrimales una inyeccion de agua de llanten animada con un poco de Alcohol. Tres ò cuatro veces se hacia echar la enferma en el ojo algunas gotas de colirio vitriolado. A las tres semanas de seguir esta curacion, se manifestó disminucion del flujo palpebral; que ya no era sino una simple mucosidad que enturviaba las lagrimas; la ventana derecha de la nariz estaba en su estado natural, la membrana interna de los parpados se volvia sucesivamente lisa y palida, las glándulas de Meybomio se bajaron, y los vasos varicosos que las recorrian volvieron à tomar su calibre natural y suspendí el uso del suero.

A los cuarenta dias, comprimiendo el saco lacrimonal, solo salian lágrimas puras por los puntos lacrimales. Las inyecciones pasaban à las narices con toda la facilidad posible: sin embargo las lágrimas hallaban aun algun obstáculo en su curso, porque si la enferma se esponia à un aire algo fresco, ó si leia à la luz, se veia obligada à enjugarse el ojo muchas veces; no podia atribuir este síntoma à la atonía del saco que segun todas las apariencias no existía; pero como la enferma se quejaba continuamente de algun obstaculo de la membrana pituitaria, creí que habia una ligera estrechez en la estremidad inferior del canal nasal; le ordené el respirar muchas veces al dia el vapor de vinagre, haciendo un uso moderado del tabaco de polvo; este medio tuvo un resultado maravilloso, y diez dias bastaron para restablecer la secrecion del moco nasal y hacer desaparecer el lagrimeo.

Observacion segunda.

Maria Bordoni, natural de Sta. Cristina, de edad de doce años, habiendo en su niñez sido atormentada de frecuentes optalmias que se desarrollaban ya en un solo ojo, ya en los dos á la vez, experimentaba hacia ocho meses en el lado derecho un derramen muy incomòdo de làgrimas y materia puriforme. Sin embargo sus padres la condujeron al hospital, no tanto con motivo de este derramen, quanto por un tumor rojo, duro y doloroso, sobrevenido entre la nariz y el grande angulo del ojo.

La superficie interna de los parpados del lado derecho estaba encarnada y como fungosa, y sus bordes muy inchados; las glandulas de Meybomio habian aumentado de volumen.

Viendo que las membranas del saco lacrimal daban indicios de supurar, hice aplicar sobre el tumor una cataplasma de miga de pan y leche: desde luego desapareció la inflamacion, el tumor se bajò y los puntos lacrimales que se habian retirado y ocultado acia la carúncula, volvieron á tomar su situacion natural: entonces comprimí el saco y vi refluir abundantemente sobre el ojo la materia puriforme.

Pasé en seguida al uso del unguento optalmico de Janin, del que apliqué mañana y tarde la cantidad de un grano de trigo; el flujo palpebral aumentó durante los primeros dias, pero habia tan considerablemente disminuido al cabo de un mes que solo podia ya sacarse del saco una mucosidad clara. Luego que el borde libre y la cara interna de los parpados tomaron su aspecto natural, introduje en las narices, por los puntos lacrimales, una inyeccion de agua de llanten, animada de algunas gotas del colirio vitriolado anteriormente filtrado. La jóven se su-

jetó durante diez días , al empleo diario de estos medicamentos , y salió del hospital perfectamente curada.

Observacion tercera.

Una aldeana , de la edad de 10 años , tenia ambos ojos lácrimosos y lagañosos. Este accidente era efecto de una metastasis variolosa que se habia dirigido sobre estas partes dos años antes: los párpados estaban inchados, de un rojo obscuro y como afelpados en sus bordes; las glándulas de Meybomio estaban mas salientes de lo acostumbrado; y aunque el saco lacrimal no se presentaba dilatado, ni estaba saliente al exterior, bastó no obstante el comprimirlo para que fluyese por los puntos lacrimales una cantidad considerable de materia puriforme amarilla. La enferma presentaba todos los caracteres de lo que vulgarmente se llama una constitucion humoral.

Le ordené que tomase en diferentes dosis al dia diez onzas de una decoccion de grama con adiccion de una dracma de tartrate acídulo de potasa y medio grano de emético. Cuando las deposiciones se hicieron demasiado frecuentes , se redujo la dosis à la mitad durante algunos dias consecutivos. Hice ademas aplicarle à los ojos por mañana y tarde el unguento optalmico de Janin; este remedio acrecentó mucho el flujo palpebral. Cuando vi que à las dos semanas no disminuia , aplique un sedal à la nuca; supuró con prontitud y los ojos se mejoraron; volví entonces à insistir en el uso del unguento optalmico de Janin, y del tártaro emético, en fractas dosis: el flujo palpebral disminuyó mucho, los bordes libres de los párpados se bajaron y volvieron à tomar su flexibilidad natural, y el interior del pliegue se puso pálido perdiendo su aspecto afelpado.

Añádase que tuve el cuidado de emplear muchas

veces al dia el colirio vitriolado, é inyectar por los puntos lacrimales agua de llanten animada de un poco de Alcohol. Estas inyecciones cuyo paso era antes difícil, corrian en seguida con toda libertad, y asi al fin del tercer mes la enferma salió del hospital perfectamente curada.

Observacion cuarta.

Una aldeana de Sartirana, de edad de 48 años, llamada Rosa Fiorini, tenia el ojo izquierdo lagrimoso y lagañoso; hacia mucho tiempo que sobrellevaba esta incomodidad procedente de frecuentes optalmias. Cuando la vi por primera vez, halle el borde libre de los parpados del ojo izquierdo rojo é inchado, las glándulas de Meybomio, lo estaban igualmente, pero el saco lacrimal no habia experimentado, á pesar de la antigüedad de la enfermedad, sino una ligera dilatacion. Para empezar la curacion ordené la aplicacion del unguento optalmico y las inyecciones de agua caliente por los puntos lacrimales. Al fin de tres semanas, el estado de los parpados habia sensiblemente mejorado, la secrecion puriforme disminuyò considerablemente, pero las inyecciones pasaban aun difícilmente à las fosas nasales. Por esto creí que era indispensable la operacion: practiqué una pequeña abertura en lo alto del saco lacrimal, por la misma que conduje una sonda por medio del canal nasal hasta la nariz; la retiré en seguida, reemplazandola por un estilete; quité momentaneamente este último, el quinto dia, para inyectar agua por el saco lacrimal al canal y fosa nasal. La enferma me dijo desde los primeros dias que siguieron á la operacion, que el lagrimo habia disminuido: esta circunstancia me sorprendió tanto mas cuanto que el estilete permanecia en el canal nasal. A últimos del segundo mes perciví los di-

chosos efectos del unguento optalmico cuyo uso no se habia interrumpido jamas: el borde libre de los párpados habia perdido su inchazon y rigidez; la secrecion palpebral estaba reducida à una pequeña cantidad de materia viscosa. Despues de otros dos meses, el derramen palpebral desapareció, y la nariz izquierda recuperó su humedad natural; prueba cierta que las lágrimas mezcladas tal vez con algunos restos del flujo palpebral puriforme, corrian libremente en la fosa nasal à lo largo del estilete conductor. La enferma salió del hospital; y se le aconsejó que hiciese uso del estilete à lo menos durante un año, teniendo la precaucion de limpiarlo cada tres dias; pero ella pasó mucho mas allá los limites del tiempo que se le habia prescrito, pues llevó este instrumento tres años consecutivos, supuesto que en nada le incomodaba y la curacion fue completa y duradera.

Obseracion quinta.

Una muger de San Angelo, de edad de 40 años, llamada Antonia Machromi, vino á reclamar los socorros de la cirugia por un lagrimeo muy incomodo acompañado de un flujo puriforme de que estaba atormentada hacia muchos años.

Habia experimentado al principio una erisipela en la cara, que creia ella ser la causa de su enfermedad, solamente el ojo derecho era el que estaba afectado. El borde libre de los párpados del lado enfermo estaba obstruido, rubicundo y sembrado de vasos varicosos; los folículos de Meybomio estaban inchados, y el saco lacrimal se elevaba bajo la forma de un pequeño tumor. Lo abrí por una simple puntura; dilaté el canal nasal à beneficio de una sonda comun y coloqué dentro el estilete conductor de las lágrimas; prescribí ademas el uso diario del unguento optalmico

de Janin. Al cabo de algunos dias, el lagrimeo era ya mucho menor; se sacaba el estilete cada dos dias para limpiarlo, inyectando en el saco lacrimal cada vez agua tibia que pasaba libremente à la nariz. A los cuarenta dias ya no existia ni lagrimeo, ni flujo puriforme: la enferma salió del hospital una semana despues. Le aconsejé que llevase aun el estilete por largo tiempo, limpiandolo dos veces à la semana. Lo llevó por el espacio de diez meses en cuya epoca estaba completamente curada.

Observacion sexta.

Una muchacha de 13 años, de Vilaseggio, llamada Maria Galloti, hacia mucho tiempo que tenia el ojo derecho lagrimoso y lagañoso. La enfermedad habia hecho progresos tan rápidos que en el espacio de dos años, el saco lacrimal de resultas de repetidas inflamaciones, se habia abierto tres veces por el exterior. Apesar de los ensayos mas multiplicados, fue imposible hacer pasar en la nariz una sola gota de el agua que se inyectaba por los puntos lacrimales; hice una puntura en lo mas alto del saco lacrimal é introduje una pequeña sonda en el canal nasal. Luego que observé que este canal estaba mas estrecho de lo comun, para desobstruirlo me serví de una sonda mayor que la primera; la sustituí desde luego por una de goma elástica que dejé permanecer durante algunos dias. La enferma parece que no sufrió mucho en el acto de la operacion, mas en los siguientes dias experimentó una inchazon inflamatoria bastante intensa en los párpados y megilla; una cataplasma emoliente y un ligero purgante restituyeron prontamente la calma. El octavo dia, retiré la sonda de goma elástica para reemplazarla por un estilete que bajaba en la nariz con la mayor facilidad; à pesar de su presen-

cia, el lagrimeo disminuyó de día en día de un modo sensible; el uso diario del unguento optalmico hizo desaparecer la secrecion viciosa de los párpados, y la enferma pudo salir del hospital cinco semanas despues de la operacion: llevó el estilete por espacio de un año entero, despues del cual volvió al hospital para solicitar el dejar su uso, que le fue concedido. Las lágrimas habian evidentemente vuelto à tomar su curso natural. Seis años han transcurrido y desde entonces no ha tenido la menor apariencia de recaida.

Observacion septima.

Josefa Berreta, de edad de 14 años, habitante en Guisago, tenia el ojo izquierdo lagrimoso hacia tres años; y sufría ademas el flujo palpebral puriforme y dilatacion del saco lacrimal. El estado adelantado de la enfermedad me hizo juzgar que las inyecciones serian inutiles. Abrí el saco lacrimal y me fue muy difícil poder conducir una sonda fina por medio del canal nasal en la nariz correspondiente; pero pienso que las dificultades que hallé eran mas bien efecto de la estrechez del canal óseo que de la constriccion ó encogimiento del tubo membranoso. A fuerza de paciencia llegué à vencerlo, y para no ocasionar una irritacion mayor, dejé una sonda en el canal despues de haber separado la porcion que sobrepajaba al saco lacrimal. Los párpados se inflamaron, se formó un abceso en el inferior, que abrí; todas estas partes no tardaron en volver à tomar su estado habitual. Doce dias despues de la operacion, la estremidad de la sonda que ocupaba el canal nasal siendo movable en todas direcciones, pude retirarla facilmente para reemplazarla por el estilete conductor de las lágrimas. Entonces prescribi el uso del unguento optalmico de Janin, con el objeto de reprimir la secrecion viciosa de los párpados.

Este medicamento tuvo sus acostumbrados efectos: el lagrimeo disminuyó de dia en dia; era fácil ver como las lágrimas corrian en la nariz, à lo largo del estilete.

Dos meses despues de la operacion, la enferma saliò del hospital, y llevó el estilete dos años; lo quitaba cada tres dias para limpiarlo volviendolo á colocar ella misma; su curacion fue completa.

Observacion octava.

Una muger de Pavia, llamada Teresa Barbari, de edad de 50 años, tenia desde su infancia el ojo derecho lagrimoso. A este lagrimeo subsiguió una verdadera fistula lacrimal con dilatacion considerable y ulceracion del saco lacrimal; no pareciendome suficiente la simple puntura de este receptaculo para permitir la introduccion de los medicamentos convenientes, lo abrí en toda su longitud, puse en seguida una candelilla de cera en el canal nasal, que habia de antemano dilatado por medio de una sonda comun bastante gruesa; á la estremidad superior de la candelilla até un hilo destinado á retenerla al nivel de la parte mas declive del saco lacrimal; llené este último de hilas secas que en los siguientes dias cubrí con un unguento compuesto del precipitado rojo, con el objeto de destruir la fungosidad de la membrana interna del saco, y disponerla para ser el asiento de una cicatriz solida; al mismo tiempo tuve cuidado de combatir la secrecion palpebral con el uso diario del unguento optalmico de Janin. Cinco semanas despues de la operacion, las ulceraciones interiores del saco lacrimal estaban cuasi enteramente cicatrizadas y este receptáculo habia ya vuelto à tomar sus naturales dimensiones; retiré la tienta que llenaba el canal nasal y la reemplacé por el estilete. Desde en-

tonces el lagrimeo cesó prontamente y los progresos de la curacion fueron tan sumamente rapidos que la enferma salió del hospital tres semanas despues en el estado mas satisfactorio. Llevaba siempre el estilete cuyo uso le aconsejé siguiese un año. Lo llevó seis, y solo por mis reiteradas instancias accedió en abandonarlo.

Un cirujano de esta escuela, el Sr. Molina, que estuvo encargado de retirarlo, experimentó dificultades no acostumbradas, y debidas à una incrustacion térrea depositada en la parte del estilete que penetraba la nariz. La irritacion causada por esta manio-bra bastante dificil no tuvo ningun resultado molesto; y las lágrimas continuaron corriendo libremente en la nariz por medio del canal nasal.

Observacion novena.

Una muger de 50 años, tenia entre la nariz y el grande angulo del ojo derecho un tumor indolente del tamaño de una nuececita; cedia facilmente debajo del dedo, y entonces se veia salir, por la nariz correspondiente, mucha materia verdosa y fétida; refluyendo al mismo tiempo un poco por el ojo y puntos lacrimales. Este tumor existia ya hacia quince años: habia sido precedido de una abundante secrecion de lagañas; muchas veces se habia abierto espontaneamente, y siempre con notable alivio de la enferma; hacia muy poco tiempo que se habia cerrado por ultima vez, en fin despues de un año, habiendo experimentado la enferma, una inchazon considerable de toda la cara, con violentos dolores acia la raiz de la nariz, padecia menos y sentia correr por las ventanas de ella una grande cantidad de materia fétida; sin embargo el tumor aumentaba de dia en dia; el borde libre de los párpados del ojo derecho

estaba obstruido, rojizo y fungoso, y las glándulas de Meybomio estaban inchadas.

Introduje la punta de un bisturí por debajo del tendón del músculo orbicular, lo dirigí contra el hueso unguis, siguiendo el pliegue del párpado inferior, y abrí el tumor en toda su estension; contenía una cantidad considerable de materia purulenta; no observé el hueso unguis al fondo de la herida, pero si distinguí muchos puntos desnudos del ethmoides: en lugar del unguis se veía una abertura, de diametro de una pluma gruesa de escribir, que se abría en la nariz por medio de una úlcera de la membrana pituitaria; busqué inutilmente el canal nasal, el primer dia me contenté con llenar la cavidad del tumor, de hilas blandas, y cubrí el ojo con una cataplasma emoliente, à fin de ablandar los bordes endurecidos y callosos de los párpados.

El dia siguiente, la cavidad del saco me manifestaba el aspecto de una úlcera fungosa; la llené de hilas embebidas de un linimento compuesto con el precipitado rojo y el mucilago de goma arabiga. Para evitar la introduccion del caustico en la nariz, coloqué en la abertura resultante de la destruccion del hueso unguis, un pequeño sindon que fijé por medio de un hilo encerado, del modo que se práctica despues de la operacion del trépano. A cada curacion el pus salía con abundancia del saco lacrimonal arrastrando pedazos de una corteza lardacea, y de cuando en cuando pequeñas porciones de hueso cariado. Hábia en diferentes puntos de la llaga fungosidades que contuve à beneficio de los polvos de oxido rojo de mercurio solo, ó mezclado con el sulfato de alumbre; algunas veces me contenté con tocarlas con la piedra infernal. Esta curacion fue continuada por treinta dias consecutivos: en esta época la úlcera tomó mejor aspecto; se cubrió de granulaciones y pareció es-

trecharse; las paredes del saco lacrimal se restablecian manifestamente á su primer estado, y apliqué hilas secas, tocando de cuando en cuando con la piedra infernal los bordes de la abertura que conducia á la nariz.

A los sesenta dias, la superficie interna del saco estaba enteramente cicatrizada, y este receptáculo habia vuelto á adquirir sus dimensiones naturales; los párpados estaban en el estado mas satisfactorio, gracias al uso no interrumpido del unguento de Janin, y al colirio vitriolado. Deje aproximar y reunir los labios de la herida del saco. Las lágrimas encontraron un facil paso en la nariz, por medio de la abertura que reemplazaba el hueso unguis, y la enferma salió del hospital perfectamente curada.

CAPITULO II.

Del Orzuelo.

EL orzuelo, propiamente hablando, no es mas que un pequeño divieso que se desarrolla en el borde libre de los párpados, muy comunmente acia el grande angulo del ojo. Este tumorcillo es en efecto, como los diviesos, de un rojo oscuro, muy inflamado, y mucho mas doloroso de lo que se creeria, sino se atendiese mas que á su pequeñez. Esto pende, por una parte, de la violencia de la inflamacion; y por otra, de la tension y extrema sensibilidad de la piel que tapiza el borde libre de los párpados. El orzuelo promueve amenudo la calentura y las vigiliias en las personas delicadas y sensibles; supura y se abre dificilmente.

Esta especie de inflamacion, que se puede llamar *forunculosa*, se diferencia bajo muchas relaciones de

la inflamación flegmonosa comun. La primera en efecto, empieza siempre por la piel; gana el tejido celular, lo hiere mortalmente por decirlo así en una extensión más ó menos considerable; al contrario, la otra, se desarrolla desde luego en el tejido celular sin destruir su vitalidad, y de allí se propaga al exterior hasta la piel. La inflamación forunculosa se limita con prontitud, formando un tumor circunscrito, duro, doloroso, saliente, que contiene en vez de *linfa coagulable*, una materia espesa celulosa: mientras que la inflamación flegmonosa procura propagarse á lo largo del tejido celular, derramando en sus areolas una cantidad considerable de *linfa concrecible* que las levanta y las dilata. En el forunculo que contiene una escara, la supuración es siempre incompleta, no estableciéndose en el centro del tumor, pero sí, entre él y las partes vecinas. En el flegmon, al contrario, el pus se reúne precisamente en el centro del tumor celular, el que se baja y desaparece luego que aquel ha salido. Cuando un forunculo llega á su segundo periodo, la piel que lo cubre se abre en uno ó muchos puntos, de donde se vé salir una gota de serosidad; la materia espesa que formaba la base del tumorcillo, se escapa en seguida bajo la forma de un cuerpo extraño, pero el vacío que deja no tarda en volverse á llenar y desaparece enteramente. Todos estos fenómenos característicos de la inflamación *forunculosa*, pertenecen igualmente al orzuelo, cuya naturaleza, lo repito, en nada se diferencia de la de los diviesos.

La curación del orzuelo, así como la de los forunculos, forma una excepción á la regla general, que quiere que la resolución sea la terminación más favorable de los tumores inflamatorios. En efecto, siempre que un forunculo ha desorganizado una pequeña porción del tejido celular; la resolución no puede

afectuarse, à lo menos de un modo completo; aun en este caso seria mas dañosa que util, pues que dejaría una masa mas ò menos considerable de tegido celular privada de vida, que tarde ó temprano renovaria la enfermedad, ò se transformaria en un cuerpo indolente y duro, que sería la causa de una deformidad en los párpados.

El orzuelo incipiente puede terminar por resolucion cuando, limitado à los tegumentos, no ha invadido todavia el tegido celular subyacente. Puede favorecerse esta terminacion por el empleo de los repercusivos, y en especial por la aplicacion del frio en el punto donde el párpado empieza à enrojecerse, por medio de una pieza metalica, de una llave, ó una moneda.

Mas si una porcion del tegido celular està ya invadida; todos los tópicos repercusivos son inutiles y peligrosos, y solo se debe hacer uso de las aplicaciones emolientes y anodinas. Es preciso entonces aplicar encima de los párpados dañados una cataplasma compuesta con miga de pan y leche, á la cual se le añade azafran, ó bien con la pulpa de una manzana cocida; se renueva este tópico cada dos horas, y aun mas amenudo en la estacion fria.

Cuando se ve blanquear la punta del orzuelo, no es menester apresurarse à abrirlo para dar salida à la corta cantidad de serosidad purulenta que se encuentra entre la materia espesa y la piel, es preciso esperar que esta se adelgace al rededor del punto blanco, que el mismo se rompa y abra lo bastante para dejar salir juntamente con el pus toda la porcion muerta del tegido celular. Cuando la materia espesa tarda demasiado en salir, se la obliga comprimiendo suavemente el párpado acia la base del tumorcillo. Todos los sintomas de la enfermedad no tardan en desaparecer; el vacio que reemplaza la

materia espesa se llena y se cierra en veinte y cuatro horas.

Algunas veces, aunque raras, la materia espesa no sale sino incompletamente. Queda entonces en el fondo de la cavidad una pequeña porcion de tegido celular amarilla, que se opone á la curacion. Seria inutil, en este caso, continuar las cataplasmas; es preciso introducir un pincel empapado de acido sulfurico sobre los restos de la materia espesa, á fin de que se desorganize enteramente, se separe de las partes vivientes y se salga ácia fuera: la llaga no tardará en cerrarse en seguida. Si el párpado queda edematoso é inchado, para volverlo á su estado natural, es preciso fomentarlo con el agua vegoto-mineral, animada con un poco de espiritu de vino.

Hay personas muy propensas á esta enfermedad; y son particularmente las que se nutren de alimentos acres é irritantes, ó que abusan de licores fuertes. Estas deberán adoptar un réjimen mejor, usando de cuando en cuando de una dococcion de grama, ó bien tomando en pequeñas dosis suero con un grano de emetico, en especial cuando se manifiestan sintomas de *crudezas* de estomago. Yo les aconsejo, ademas, á titulo de preservativo, el uso diario del colirio vitriolado.

CAPITULO III.

De los tumores cysticos de los parpados.

FORMANSE muy amenudo pequeños quistes en el espesor de los párpados. Algunos autores esplican su frecuente aparicion en estos organos, por el numero considerable de folículos sabaceos que contienen. El acrecentamiento preternatural de uno de estos, sobre

todo de uno de los que llevan el nombre de Meybomio, les parece ser el origen de todos estos tumores foliculares.

Desde luego abandono voluntariamente tal discusion, que no me parece tener ninguna utilidad práctica; solamente observaré que los foliculos ó glandulas de Meybomio, ocupan el borde de los párpados, mientras que los tumores cysticos se manifiestan igualmente en todos los puntos, y asi es que parece se desarrollan tanto en las celdillas del tegido celular como en las mismas glandulas de Meybomio.

El el momento de su aparicion, estos tumores no son mayores que una lenteja ó un grano de mijo, pero no tardan en adquirir el tamaño de una aba, ó de una avellana. Generalmente no son dolorosos, y unicamente incomodan mas ó menos cuando habiendo adquirido un cierto volumen, impiden el libre movimiento de los párpados, los deprimen en parte, ó comprimen el globo del ojo.

El cuanto al sitio primitivo de estos tumores, numerosas observaciones me han enseñado que en su principio estan mas cerca de la conjuntiva que de la piel, de modo que levantando los párpados, se les encuentra de tal manera superficiales, que se distingue muy bien por entre la conjuntiva la transparencia del folículo amarillo que los constituye. (1)

En vano he probado muchas veces intentar la resolucion de estos tumores cysticos, sea que haya empleado el agua regia aconsejada por Margani (2), ó la de flores de sauco con la adiccion de una dosis de

(1) Se desarrollan siempre entre el musculo palpebral y el ligamento ancho de los párpados; sin embargo, los que tienen su asiento en el párpado superior, se hacen mas salientes debajo de la piel que no en la conjuntiva; sucede frecuentemente lo contrario con los que se forman en el párpado inferior. (Los traductores franceses)

(2) Epist. Anat. iy. 2.

amoniacó bastante ligera para no irritar demasiado los párpados; sea que echase mano de los tópicos gumosos resolutivos, ó de las fricciones mercuriales. Estoy enteramente convencido de que la estirpacion de estos tumores es el único medio de quedar libre de ellos, particularmente cuando existen despues de algunos meses. (1)

He dicho ya que en el mayor número de casos, estos tubérculos foliculares se hallan mas aproximados á la conjuntiva, á la que se adieren mas intimamente que á la piel; de que resulta que si se corta esta última para extraerlos de afuera á dentro, corre el peligro de pasar los párpados de parte á parte. Por esto creo que es mucho mejor operarlos por la cara interna de los párpados, aunque haya sido sostenido recientemente lo contrario por un cirujano de gran mérito. Procediendo, del modo que indico, no se práctica sino una incision muy superficial; la separacion del fóliculo es fácil, la curacion consecutiva casi nula, y los párpados no conservan ninguna señal, ni de la enfermedad, ni de la operacion que necesita.

No conozco sino un caso en que este modo de operar no sea aplicable; aquel en que sea imposible levantar la suficiente los párpados para poner enteramente en descubierto la base de estos tumores, y quitarlos en su totalidad: esto sucede cuando se encuentran detrás de una ó de otra de las comisuras, y prolongandose debajo de la boveda orbitaria.

Considero oportuno, referir la notable historia de un tumor cystico situado profundamente en la órbita, que fue curado por los cirujanos Bromfield é Ingram. Despues de haber ocasionado dolor durante muchos años,

(1) El Sr. Profesor Boyer ha disipado muchas veces tumores cysticos de este genero y aun mayores, lavando frecuentemente los párpados con una solucion de amoniaco, y cubriendolos de emplastro de jabon y diaquilon gomado. (Los traductores franceses.)

en el fondo de la òrbita con disminucion de la vista, y luego la ceguera completa, llegó por fin à echar el globo del ojo acia afuera volviendo el pàrpado inferior al revés; los cirujanos que acabo de nombrar recorrieron con el dedo los alrededores del globo del ojo separado ya de su lugar, advirtieron abajo y en lo exterior una fluctuacion que les pareció producida por un liquido contenido en un quiste, se decidieron à abrirlo. Despues de levantados los pàrpados por un ayudante, Bromfield introdujo el bisturí en los tegumentos à lo largo del borde inferior de la òrbita hasta mas allà de la conjuntiva; por entre la incision que acababa de hacer, llevó hasta el sitio mismo del quiste uno de sus dedos sobre el cual condujo la oja de un bisturí para pràcticar la abertura, y salió un vaso lleno de un humor claro. Un instante despues sacó Bromfield el quiste acia afuera à beneficio de dos pequeñas erinas; lo estirpó, y llenò la herida de hilas. En las primeras veinte y cuatro horas, la cabeza y el cuello se incharon considerablemente; este accidente cediò prontamente al uso de los antiflogisticos y de los topicos emolientes. Antes de un mes estaba ya la herida cerrada, poco à poco el pàrpado inferior ocupò su sitio comun, volviendo à entrar el globo del ojo en la orbita. Añade el operante que tuvo la ocasion de volver à ver su enfermo cinco meses despues; distinguía con el ojo que habia estado tan gravemente dañado la obscuridad, de la luz resplandeciente (*Medical observ. and inquiries vol. IV. pag. 176.*)

Igual observacion se halla en el tratado de enfermedades de los ojos de Saint-Ives, cap. 21, cuyo titulo es, *operacion de un tumor particular en la orbita.*

Tumores cysticos de esta clase me parece, pertenecen mas bien à las partes vecinas de los pàrpados que à los pàrpados mismos; hablaré de ellos en otro

lugar mas por estenso: Queriendó por otra parte colocarlos entre los que forman el objeto de este artículo, estos casos extraordinarios espresados, no disminuirán de ningun modo las ventajas del método curativo que acabo de establecer.

Supongo pues que se trata de estraer un tumor cystico desarrollado en el párpado superior; se hace sentar el enfermo cuya cabeza debe descansar en un punto de apoyo solido; un ayudante inteligente colocado detrás de él ó lateralmente, levanta el párpado con uno de sus dedos indicadores envuelto en un lienzo fino; y aplica la estremidad del indice de la otra mano en el pequeño tumor, à fin de hacerlo prominente en lo posible por debajo de la conjuntiva. El operante en pie delante del enfermo, teniendo una lanceta ó un pequeño bisturí convexo (1) corta ligeramente y en la direccion del borde libre de los párpados, la membrana conjuntiva que cubre el tumor; la estension de la incision será tal, que el quiste pueda facilmente desprenderse de debajo de la conjuntiva; se le coge entonces con unas pinzas ó con una erina para levantarlo, luego se quita con un solo golpe de bisturí ó de tigras curvas por el plano. El párpado superior vuelve à tomar en seguida su natural posicion; se le cubre con una planchuela empapada de agua vegeto-mineral y sostenida por el *bandage monoculo*.

¿Un tumor cystico ocupa acaso el párpado inferior? La operacion es la misma; solo que el ayudante se coloca delante del enfermo, y el operante detrás ó lateralmente, segun esté mas comodo. Si hay que hacerla à los niños, cualquiera que sea el párpado en que se haya de operar, el mejor modo de colocarlos consiste en ponerlos en una mesa de altura con-

(1) Lam. 1. fig. 13.

veniente, la cabeza levantada por una almoadá, y los pies y manos sugetos por ayudantes inteligentes.

Si el cirujano está sin ayudantes, doblará el párpado sobre el cual debe operar con el dedo índice de la mano izquierda, y colocará la estremidad del pulgar de la misma mano en el borde libre del párpado ya doblado para sujetarle, y al mismo tiempo para hacer que el pequeño tumor se haga tan prominente como sea posible debajo de la conjuntiva; cortará transversalmente esta membrana con una lanceta, ó bien con un pequeño bisturí convexo, diseccionará la base del quiste con su bisturí, para destruir sus adherencias, y comprimiendolo despues con la estremidad del indicador izquierdo ya colocado detrás de él, lo hará resbalar completamente al exterior de la incision; entonces no se sostendrá á las partes vecinas, sino por su pedicelo, que facilmente será cortado con las tijeras curvas en su plano. Dejará en seguida que el párpado vuelva á tomar su posicion natural.

Ejecutando la operacion que acabo de describir, es inutil entretenerse á quitar hasta los mas ligeros vestigios del tumor aun cuando se abra durante la operacion, porque una vez que el párpado ha tomado su posicion, las lágrimas se oponen á la reunion inmediata de la herida, y todas las pequeñas porciones del quiste que pueden haber escapado á la accion de los instrumentos se encuentran destruidas y arrastradas por la supuracion, sin que sea necesario ocuparse de ellas. (1) En todos los casos si este procedimiento natural parece demasiado lento, si los tegumentos tardan en concentrarse en si mismos á causa

(1) No hablo aqui sino de las pequeñas porciones cuasi imperceptibles del quiste, pues que es imposible que queden atras, si se ha tenido el cuidado de desprender todas las adherencias del tumor haciendolo prominente en la cara interna del párpado antes de cortarlo.

de la gran dilatacion que han experimentado, es preciso para acelerar la curacion, doblar el párpado y tocar con la piedra infernal el fondo de la herida; teniendo cuidado de lavar el ojo inmediatamente con leche recién ordeñada. Pero lo mas comun es no tener que apelar à estos recursos, pues desde el cuarto dia de la operacion no se observan ya en el exterior las menores señales del tumor, y si se levanta el párpado, se hallará la pequeña herida muy superficial cubierta de mucosidad, y ácia el octavo completamente cicatrizada.

Es estraño ver algunos de los mas célebres escritores de nuestros días, criticar este modo de estirpar los tumores cysticos de los párpados, mientras que recomiendan atacar por la superficie interna de las mejillas los tumores de la misma naturaleza que se forman algunas veces en el espesor de estas últimas; así se evita seguramente la lesion del canal de estenon, y ademas se obtiene una curacion mucho mas pronta que si se hubiese abierto la piel. El método operatorio que he descrito para la destruccion de los tumores cysticos de los párpados tiene ademas sobre los otros la ventaja de ser seguido de una curacion pronta y fácil, como la esperiencia lo ha demostrado tantas veces. No hablo de la facilidad de su ejecucion.

Antes de concluir este capitulo, diré alguna cosa de una especie particular de tumores cysticos que no es raro hallar en la práctica, y que, bajo cualquier sentido, se diferencian esencialmente de los que hasta aqui he hablado. Estos son unos pequeños tuberculos duros, indolentes; un poco mayores que un grano de mijo, que se levantan precisamente en el borde libre de los párpados, entre las cejas, y cuyo color blanco se parece al de la clara del huevo cocido. Cuando se les examina, mucho tiempo despues de que se manifiestan, se encuentran formados por una corta

mása de substancia del todo parecida à la clara del huevo cocido, contenida en una cubierta trasparente y muy fina, à la que està estrechamente unida. De todos los autores, Marco Aurelio Severino es el que mejor ha descrito esta enfermedad; *tuberculi cujusdam erigui in clivo palpebræ ciliari nascentis, et se cum pilis oblique proferentis; quod magnitudine, duritieque milii sementalam refert, si tantumodo flavum hujus colorem in exquisitum alborem intelligas mutatum. Corticulam duriorem ac ferme corneolam huic tuberculo adverti; usque ad eo ut medicamentis acerrimis, id est liquidis causticis, tentatum, nullam vel tactus, vel coloris mutationem senserit. Continet moleculam chartæ bomicinæ madidæ similem portiunculam.* (1)

El sitio de estos tumores se halla precisamente en el borde libre de los párpados; su pequeñez, la consistencia de la materia que los forma, y la tenuidad de su cubierta, me parecen justificar el consejo que doy de estirparlos por la cara interna de los párpados. Esta operacion no presenta dificultad alguna; basta comprender la base del tumorcillo, entre las hojas de unas tijeras curvas por su plano, ò atravesarlo con la punta de una lanceta hasta separarlo del párpado rasando el borde libre de este último. Luego que la sangre deja de fluir, se cubre la pequeña herida de un pedazo de tafetan ingles, el dia siguiente se toca con la piedra infernal, y la sola naturaleza acaba la curacion, que es completa despues de la caída de la escara. (2)

(1) *De novis. observ. absces de milloto exterioris palpebræ tuberculo.*

(2) Cuando es imposible estirpar los tumores cysticos de los párpados del lado de la conjuntiva es preciso cortar transversalmente los tegumentos y el músculo palpebral; cojer el tumor con una erina ó atraerlo con unas pinzas, desprenderlo de las partes vecinas por medio de un bisturí convexo y estirparlo completamente. Es preciso tener cuidado de abrir el quiste enya disecion se haria entonces mucho mas difícil; el mejor medio de evitar este accidente es el hacer absorver despues de cada golpe

Observacion décima.

Una niña de cinco años sufría hacia diez y ocho meses un tumor cystico del tamaño de un pequeño guisante en el párpado derecho. Para hacerle la extirpacion, tendí á la tierna enferma á lo largo sobre una mesa de altura conveniente; su cabeza descansaba sobre una almoadá, sus brazos y pies estaban asegurados por ayudantes. Dispuse que uno de estos, situado detrás de ella, levantase el párpado superior derecho colocando sobre su borde libre la estremidad de un dedo de su mano derecha, y el indice de la izquierda sobre la piel que cubria el pequeño tumor. Me coloqué de lado, corté ligeramente al nivel de la base del tumor la membrana conjuntiva, diferente en este lugar por su color amarillo. El cuerpecillo folicular resbaló cuasi enteramente entre los labios de la herida que no tenía mucho mas de dos líneas de longitud, lo cogí con unas pinzas é hice la estirpacion. El párpado superior tomó desde luego su posicion natural, lo cubrí con una planchuela, embebida en agua vejeto-mineral y la aseguré con una venda.

La pequeña enferma, muy poco razonable, como se supone se calmó y durmió bien pronto; durante los tres primeros dias sobrevino una ligera inchazon inflamatoria del párpado superior: le hice cubrir de un saquillo lleno de yerbas emolientes hervidas con leche, y desde entonces la niña se levantó todos los

dias que se le cubria la herida. Si no obstante el quiste se vacía, se le coje con las pinzas, y se corta de él lo mas que se pueda con las tijeras; la curacion consiste en aproximar los bordes de la herida, por medio de un bendolete glutinante y cubrir el ojo con una planchuela de hilas que se asegura por medio de una compresa y una venda medianamente apretada. (Los traductores franceses.)

días con su acostumbrada alegría. Al noveno, el párpado superior se manifestó en su estado natural: lo levanté suavemente, y observé la herida enteramente curada: al exterior no se divisaba la menor señal de la enfermedad.

Observacion undécima.

Un estudiante en medicina, de esta escuela, llamado Luis Gozzani; deseando librarse de la mortificación y deformidad que le causaba un tumor cystico del tamaño de una haba, desarrollado en el párpado superior izquierdo, se sujetó à la operacion en presencia de muchos discípulos.

Doblé el párpado inferior sobre la estremidad del dedo indice de mi mano izquierda, y lo fijé en esta posicion con el pulgar de la misma mano; con la derecha, tomé una lanceta, y corté la cojuntiva que cubria la base del quiste, con la punta del instrumento, lo aislé enteramente de las partes vecinas; comprimiendolo despues con la estremidad de mi dedo indice izquierdo, lo hize resbalar por entre los labios de la herida, quitandolo de un solo golpe con las tijeras curvas por su plano, y dejé en seguida que el párpado tomase su posicion natural.

El enfermo no esperimentó mas dolor que el que ordinariamente causa una sangria. Durante los dos primeros dias, el párpado se inflamó ligeramente; se le cubrió con un saquillo lleno de yerbas emolientes. El quinto, el enfermo estaba tan bien curado que hubiera sido imposible distinguir à la vista el párpado sobre el cual se habia operado. El dia siete, el Sr. Gozzani volvió à emprender sus acostumbradas ocupaciones.

Observacion duodecima.

Una pobre muger de cuarenta años vino à consultarme sobre un tumor cystico grande como la yema del dedo, que hacia muchos años sufría en el párpado superior izquierdo acia el angulo esterno del ojo habia algunas semanas que solo le causaba una sensacion de pesadez no acostumbrada, impidiendole abrir el ojo. Propuse el operarla; lo consintió, pero no quiso quedarse en el hospital; prometiendome por otra parte ejecutar todo cuanto yo le ordenaria.

La hice sentar; levanté el párpado superior con el pulgar de la mano izquierda, y comprimí fuertemente el tumorcillo con el indicador de la misma mano para hacerlo prominente en lo posible; por medio de un bisturí convexo, corté ligeramente la conjuntiva al nivel de la base del tumor: resbaló en seguida por entre los labios de la incision; con la punta del instrumento introducido entre él, y la membrana conjuntiva, lo desprendí enteramente, y comprendiendolo despues entre las ojas de mis tijeras corbas, lo corté de ún solo golpe. El párpado volvió á tomar su situacion natural; lo cubrí con una planchuela de hilas secas sujetas por una simple benda: concluida la operacion, la enferma regresó à su casa.

Inutilmente aguardé una semana que viniese à darme noticias; no la volví á ver sino mucho despues: estaba perfectamente curada. Le pregunté que es lo que habia experimentado despues de la operacion; nada, me dijo, solo una ligera inchazon del párpado durante los tres primeros dias, la que no le impidió dedicarse á sus ocupaciones domesticas.

Observacion décimatercia.

Cortando un dia la membrana conjuntiva para quitar un tumor cystico del tamaño de un guisante, situado en el párpado inferior, à un jóven de diez años, abrí el quiste, del que ví salir una materia lactea concreta; desprendido de las partes vecinas, lo levanté despues por medio de unas pinzas, lo quité con las tijeras curvas, mas no pude desarraigarlo de modo que no quedase algun resto. Sin embargo, despues de haber cortado una pequeña porcion de los bordes de la herida, dejé al párpado que tomase su acostumbrada posicion.

Hubo alli, como ordinariamente, sucede una ligera inchazon inflamatoria del párpado durante los dos primeros dias; lo levanté suavemente al fin del cuarto, y ví que el fondo de la pequeña herida estaba tapizado de una linfa glutinosa. El séptimo, se veia muy superficial y cuasi cicatrizada. El noveno el enfermo estaba enteramente curado; no se veian al exterior las menores señales de la enfermedad. Podria citar un gran número de hechos semejantes.

Observacion décimacuarta.

Un muchacho, de oficio zapatero, hacia muchos años sufría un tumor cystico situado en medio del párpado inferior derecho, su volumen se acrecentó hasta igualar el de una nuez moscada; empezaba ya el párpado à doblarse, y las lágrimas caian por las megillas. Abrí este tumor queriendolo estirpar; la materia lactea, medio concreta, medio fluida, de que estaba lleno, salió enteramente; no pude entonces separarle de las partes vecinas con tanta exactitud como deseaba; quité cuanto me fue posible, repuse despues el

párpado , esperando que la naturaleza, à beneficio de la supuracion , destruyese lo demas. Sobrevino una inflamacion del párpado durante los primeros dias: le apliqué una cataplasma de miga de pan con leche. Al quinto dia, vi el fondo de la herida cubierto de una mucosidad purulenta, la cavidad apenas existia, y su aspecto indicaba una proxima cicatrizacion. Algunos dias despues, apareció estacionario ; se percibia aun una ligera prominencia en el párpado inferior en el punto ocupado poco antes por el tumor. Levanté el párpado para aplicar la piedra infernal á la herida y esto ocasionó al enfermo una ligera picazon; tuve la precaucion de lavar en seguida el ojo con leche, continuando esta locion por espacio de media hora. Al diá siguiente el párpado se inchó de nuevo y la herida supuró mas, pero en seguida se cerró, y al cabo de ocho dias el enfermo salió del hospital perfectamente curado.

CAPITULO IV.

De la irritacion del ojo causada por el contacto de las pestañas.

ESTA enfermedad conocida por el nombre de *trichiasis*, se presenta bajo dos distintas formas; en la primera las pestañas se dirijen hácia dentro sin que haya ningun estravio del tarso; en la segunda la inversion del tarso es la que cambia la direccion de las pestañas y las lleva contra el globo del ojo. La primera forma de esta enfermedad es rara; solamente la he visto una vez y aun solo habia algunas pestañas cuya direccion estuviese cambiada; la segunda especie de *trichiasis*, es la que se encuentra comunmente en la práctica; es completa si el tarso está vuel-

to en toda su longitud; incompleta si lo está solo en una porcion de su estension, que es la que comunmente corresponde al angulo esterno del ojo. Algunas veces la *trichiasis* existe solo en un párpado, otras en las dos á la vez en un mismo ojo, y en algunas ocasiones, se manifiesta en ambos.

A estas dos especies de *trichiasis* de que acabo de hablar, añaden los autores otra á la que llaman *distichiasis*, y que suponen producida por una linea doble de pestañas; pero esta tercera especie realmente no existe, y los que la admiten, han observado mal la disposicion natural de las pestañas, descrita hace mucho tiempo por *Albino* (1) y por *Winslow* (2). En efecto aunque estos pelillos parecen dispuestos en una sola linea, si se les observa con atencion su raiz, se verá que nacen en dos ó tres hileras, y aun en cuatro en el párpado superior; su situacion es por otra parte muy irregular, y están por decirlo asi confundidos unos con otros. Se concibe segun esto que es fácil tomar por una hilera supernumeraria, aquellos que se ven apartados y que se dirijen en sentido contrario, mientras que nada hay que no sea comun ni en su número, ni en su origen.

No es fácil determinar con exactitud la causa de la *trichiasis* que no procede de la inversion del tarso; se atribuye generalmente á las úlceras de este último que ocasionan la caída de las pestañas, y á las cicatrices que impiden á las que retoñan el tomar la direccion de las primeras; pero es preciso convenir que esta causa no es la única, pues he visto enfermos en los que dos, ó tres pestañas, se dirijian contra el globo del ojo, sin que el tarso presentase ni ulceracion, ni cicatrices.

(1) Acad. Anotat. lib. 3. cap. VII.

(2) *Exposit. anat. Trayte. de la Tete* P. 278.

Con respecto á mi, pienso que las cicatrices que se forman algunas veces en el tarso, pueden producir mas bien la segunda especie de *trichiasis* que la primera porque las pequeñas úlceras que ellas reemplazan, tienen comunmente el carácter corrosivo; si se descuidan, destruyen una porcion de la conjuntiva; despues à medida que se cicatrizan se reducen sobre ellas mismas y tiran por consiguiente hacia adentro el tarso y los pelos que contiene. Estas ulcerillas no siempre ocupan toda la estension del borde libre de los párpados, ni se las vé generalmente sino en una longitud de dos ó tres lineas, ya en el medio del tarso, ya hacia al angulo esterno del ojo; asi es que despues de su cicatrizacion, no se observa sino el estravio de las pestañas que crecen solamente en el punto que ocupaban; en fin en todos los casos de *trichiasis* incompleta, producida por cicatrices en el borde libre de los párpados se vé claramente, con un poco de atencion, que el tarso y las pestañas no han experimentado estravío sino en el punto ocupado enteramente por las ulceraciones, y si se doblan los párpados, se encuentra en la palidez, rigidez y callosidades de la porcion de la conjuntiva correspondiente, causa evidente del desórden del cartilago tarso y de la inversion de las pestañas contra el globo del ojo.

Hay ademas otras causas capaces de producir los mismos efectos; las optalmias cronicas que se exasperan de cuando en cuando, como lo hacen comunmente las que están sostenidas por el vicio escrofuloso, por la viruela, tienen por mucho tiempo la piel de los párpados en un estado de dilatacion y de edema al que sobreviene despues una relajacion que permite al cartilago tarso, privado de un apoyo suficiente, el inclinarse hacia al globo del ojo y doblarse hacia adentro arrastrando las pestañas en la misma direccion. Se ve ademas alguna vez, independientemente de la re-

lajacion de la piel, resultar igual efecto del reblandecimiento del mismo cartilago tarso ocasionado por una abundante y larga secrecion puriforme de las glandulas de Meybomio; este cartilago se hace incapaz de sostener y conservar su curvatura natural; se hunde hacia adentro y arrastra contra el globo del ojo las pestañas que lo cubren.

Todas estas causas muy amenudo simultaneas, coexisten muchas veces con las cicatrices del tarso. Algunos autores (1) aseguran que la *trichiasis* puede en ciertas ocasiones provenir de la contraccion espasmodica del músculo orbicular de los párpados; confieso que no he observado este caso; y creo aun dificilmente que el espasmo del musculo orbicular, por fuerte que sea, pueda jamas producir la inversion del tarso y de las pestañas; por otra parte esta causa de la *trichiasis* solo seria temporal.

Basta tener algunas nociones quirúrgicas, para formarse una idea de la irritacion que debe producir la continua frotacion de los párpados contra el globo del ojo. Lo que empeora aun el mal, es que estos pelos crecen con mas actividad que los que no han experimentado estravio. En los casos en que la enfermedad no ocupa sino un solo ojo, la incomodidad no deja de existir en ambos. Apenas el ojo sano se atreve à mover, para no provocar los movimientos del otro. Las personas acometidas de esta enfermedad tienen generalmente ambos ojos muy irritables, y solo dificilmente pueden tolerar la luz. Cuando la *trichiasis* es incompleta, el enfermo conserva todavia la facultad de abrir los párpados; mas solo puede frecuentemente verificarlo por su parte interna; por esto, cuando quiere ver, inclina su cabeza y cuello de un modo desagradable. Esta costumbre produce con el

(1) *Bell. Sistem. of. surgery. vol. 3. pág. 276.*

tiempo, en la juventud, una curvatura viciosa de la cabeza y espalda, que dificilmente se quita, aun despues de la curacion de la *trichiasis*. Ademas, los niños que impacientandose por el dolor se friegan los ojos à cada instante, agravan las consecuencias de la enfermedad, tales como la optalmia crònica varicosa, las nubes y ulceras de la cornea.

La curacion de la *trichiasis* mas comun, esto es, la que solo es efecto de una inclinacion viciosa del tarso y de las pestañas; cuando esta inclinacion resulta de cicatrices formadas en el borde libre de los pàrpados à causa de úlceras corrosivas en esta parte; cuando dependa, al contrario, de la relajacion de la piel de los pàrpados, de la blandura del cartilago tarso, ó de todas estas causas reunidas; la curacion, digo consiste en retraer otra vez el tarso hacia afuera para volverle, al mismo tiempo que su situacion natural, à las pestañas que lo cubren. Se satisface completamente esta indicacion, llevandose, cerca del borde libre de los pàrpados, una pequeña porcion de la piel; à medida que la herida se cierra, el tarso se aparta del globo del ojo, hallando en la cicatriz exterior un punto de apoyo que lo contiene en su direccion natural.

No creo que despues de tantos ensayos inutiles, se lisongee nadie hoy dia con la vana esperanza de curar esta enfermedad, extirpando las pestañas, fijandolas acia afuera por medio de glutinantes, destruyendo su bulba con causticos ó hierro ardiendo, y aun menos cortando una porcion del borde libre de los pàrpados, ó cortando el orbicular pàlpebral en la suposicion que la enfermedad dependa de un espasmo de este músculo. La pràctica ha hecho justicia à todos estos métodos sugeridos por una teoria que no acredita la esperiencia; todos son insuficientes ó dañosos; son mas propios para exasperar el mal que para cu-

arlo, pudiendo aun algunos de ellos producir afecciones mas graves que la misma *trichiasis* (1)

La cirujia no conoce medio mas eficaz para curar esta enfermedad que la operacion alavada por Koker (2) y conocida ya en tiempo de Rhasses, que consiste en cortar, como dejo dicho, una porcion de la piel de los párpados, cerca de su borde libre; operacion que reducida à su mayor sencillez se ejecuta facilmente, causa poco dolor y produce una curacion pronta y segura. La sutura que la añadieron los antiguos està justamente abandonada, asi como el vano aparato de sus instrumentos. He aqui como se práctica esta operacion: Se hace sentar el enfermo si es un adulto, y si es niño se le coloca en una mesa de altura conveniente. En uno y otro caso se le asegura la cabeza por un ayudante colocado detrás. El operante con la punta de una sonda conduce hacia afuera las pestañas que tocan al ojo, levanta despues con unas pinzas, ò con el pulgar y el indice (que igualmente sale bien, y aun mejor en muchos casos) una porcion de tegumentos del párpado afectado, precisamente en medio del espacio correspondiente à la trichiasis que como ya dije, ocupa ya toda la estension, ya solamente la mitad, ó quizà el tercio del tarso. Es esencial que la elevacion de este pliegue sea proporcionada à la relajacion de los tegumentos, y à la estension de la inversion del tarso. La razon de esto es clara; pues cuanto mas se levanta la piel, mas se corta de ella. El medio me-

(1) Los que aconsejan el empleo del hierro ardiendo en el caso que dos ó tres pelos solos se hayan desviado, prueban su inesperienza pues ademas de la dificultad de aplicar este medio precisamente en el punto donde nacen los pelos estirpados, es raro que se pueda valuar exactamente el sitio correspondiente à su raiz que tal vez estará lejos del que se cauterice.

(2) *Versuch einer nevem heilart der trichiasis.* Leip. sig. 1796.

por para atraer en lo posible el tarso, es colocar el pulgar sobre el párpado, recoger con su pulpa y con la del dedo indice, la suficiente piel para conducir hacia afuera el tarso y las pestañas. Si se opera un adulto, se le recomienda que abra el ojo luego que el pliegue de los tegumentos esté formado; este último tendrá las dimensiones convenientes, si al mismo tiempo el párpado y las pestañas vuelven á tomar su situacion natural. Es tan raro que los niños puedan prestarse á semejante prueba, como preciso en estos casos el obrar por aproximacion.

Las pinzas de *Bartisch*, de *Verdin*, las modificadas por *Ravius* de las que se hacia uso en otros tiempos tenian el inconveniente de levantar igualmente los tegumentos de un lado al otro del párpado, de modo que se cortaban demasiado sus estremidades, y poco su centro. Sirviendose, por el contrario, de las pequeñas pinzas de disecar, ó aun como llevo dicho, del dedo indice y pulgar, se levanta precisamente la piel en medio del espacio que ocupa la trichiasis, siguiendose necesariamente de aqui que se forma una herida oval, cuyo diametro mayor corresponde á la parte media del párpado, mientras que el menor se encuentra hacia sus ángulos. La cicatriz se oculta debajo de los pliegues, ó arrugas naturales de la piel, no esponiéndose á que resulte un vicio de conformacion contrario al que se ha curado, esto es la inversion hacia afuera de la comisura de los párpados.

Debo añadir á lo que se acaba de decir relativamente al sitio y forma del pequeño colgajo de tegumentos que el operante corta, que es muy importante aproximarse lo posible al borde libre del tarso; de lo contrario este podria conservar, aun despues de la curacion de la herida, su inclinacion viciosa, ó á lo menos no levantarse lo suficiente para que

las pestañas se aparten del globo del ojo. En efecto aunque la reduccion total de la piel de los párpados sea siempre proporcionada á la pérdida de substancia que experimentan, puede sin embargo suceder que la parcial de la porcion que costea su borde libre, no baste para retraerlo hacia afuera: entonces es preciso empezar de nuevo la operacion.

Dispuestas las cosas segun se ha dicho, el operante por medio de unas pinzas levanta el colgajo de tegumentos que quiere quitar ó si mejor le parece con el indice y el pulgar de la mano izquierda, y lo corta de un solo golpe con las tijeras de pico de *grulla* (1), bien afiladas, teniendo el cuidado de colocar una hoja de ellas muy cerca del borde libre de los párpados. Si la enfermedad existe en ambos lados ó en los dos párpados á la vez, repite inmediatamente la operacion que acabo de describir, proporcionando siempre la estension del corte al grado de inversion de cada párpado. Es inutil para reunir la herida, practicar la sutura; medio cruel, que no han abandonado todavia los mas de los cirujanos; basta tener la pestaña baja, si la operacion ha sido practicada en el párpado superior, y en caso contrario, comprimir de abajo arriba la piel que cubre el borde inferior de la orbita, para que los labios de la herida no queden apartados; y se asegura perfectamente su contacto mútuo, por medio de algunos ben- doletes sujetos en la region maxilar y al borde superior de la orbita, y mejor aun por medio de un vendaje analogo al *monoculo* cuyas vueltas circulares se dirijen sobre dos compresas aplicadas, la una en la ceja, y la otra en el hueso maxilar. Si los cirujanos han creido en este caso deber practicar la sutura, es sin duda porque los tegumentos se contraen

(1) Lam. 3. fig. 2.

de tal manera despues de la pérdida que acaban de experimentar, que el párpado parece estar del todo desnudo; pero esto solo es una aparienciá engañosa porque apenas está la ceja comprimida, por medio del, vendaje y la compresion de que he hablado, que el párpado se cubre, y los labios de la herida se ponen en contacto inmediato, sin que sea necesario coserlos. Gendron (1) es del corto número de aquellos que en esta circunstancia prefieren los bendoletes á la sutura; ha observado con frecuencia los malos efectos de esta operacion, la cual es seguida de una tension inflamatoria tan aguda que rompe los puntos de sutura. La práctica me ha manifestado la exactitud de su opinion con grande ventaja de mis enfermos, y la misma operacion es en adelante de una egecucion pronta y facil.

Desde el tercero ó cuarto dia, al levantar el primer apósito, el enfermo abre facilmente el ojo; el tarso y las pestañas ya han tomado su situacion y direccion naturales. Desde aquel momento el vendaje se hace inutil. En caso de *trichiasis* parcial que ocupe ya el tercio, ya la mitad de la estension del tarso, he logrado frecuentemente la satisfaccion de hallar la herida cicatrizada al levantar el primer apósito en personas que tenian la piel muy extensible, pero cuando la herida no está completamente reunida, cuando parece querer supurar, se le pondrá una compresa cubierta de unguento de serusa, y se tocará de cuando en cuando con la piedra infernal hasta la perfecta cicatrizacion. Catorce dias bastan comunmente para la curacion del enfermo. He dicho lo suficiente sobre la curacion radical de la segunda especie de *trichiasis*.

En quanto à la primera forma de esta enferme-

(1) Tratado de las enfermedades de los ojos. Tomo 1º pág. 243.

dad, por fortuna muy rara; esto es aquella en que las pestañas se dirijen contra el globo del ojo, sin que el tarso haya experimentado ningun desvio, la curacion es muy dificil, si es que sea conocida, porque està demostrado que el arrancar las pestañas y la cauterizacion de su bulba son medios insuficientes (1), y que la inversion del tarso hacia afuera espone al enfermo à un lagrimeo continuo acompañado de una obstruccion crónica de la conjuntiva. El arte presenta pues una imperfeccion visible sobre este punto, que reclama toda la atencion de los cirujanos. En el unico caso de esta enfermedad que he observado, como tengo dicho, solamente dos ó tres pelos se dirijian contra el globo del ojo: me pareció imposible volverles su direccion natural; pero conocí que bastaba, para tenerlos à distancia de la cornea, doblar ligeramente el tarso, sin que haya el menor recelo de ver caer las lágrimas por la mejilla. Resolví pues operar mi enfermo: pero creí que no debía ceñirme à las reglas que he trazado anteriormente con motivo de la rigidez del tarso. Con el dorso de una lanceta, hice à la piel que costea el borde libre de los párpados, una incision de tres lineas de largo, corté luego una pequeña porcion de la misma longitud y de una linea solamente de ancho: el resultado de esta operacion, tan feliz como lo permitia la naturaleza del mal, no fue sin embargo tal que me autorice para proponer este metodo, que yo he seguido como perfecto, susceptible de una aplicacion general.

Disipada la *trichiasis*, solo falta combatir su causa al mismo tiempo que los efectos de la irritacion del

(1) El Sr. Demours dice haber empleado algunas veces estos medios con exito; pero confiesa que, en casos de esta especie, sus resultados mas bien han sido desgraciados que felices.

ojo, las indicaciones son comunmente el restituir el tono à los vasos de la conjuntiva, disipar la obstruccion de las glándulas de Meybomio, y restablecer la trasparencia à la cornea. Trataré estos puntos mas por estenso en los capitulos de la optalmia y de la nube de la cornea.

El célebre Albino es el unico, sino me engaño, que ha observado la *trichiasts* de la carúncula lacri- mal; refiere un caso de esta enfermedad que el lector verá sin duda con placer. *In subtilibus illis pilis, quos Morgagnus in caruncula lacrimali animadvertit, trichia- sis speciem vidi. Unus eorum increverat preter natu- ram crasior longior-que atque ita se incurvans, ut globum oculi estremâ parte attingeret. Consecuta est oculi inflamatio dira, cruciatu tetro, et, quod cau- sa non intelligebatur, pertinax. Adibita fuerunt que- cumque suggerere ars potuerat, et empiria: collyria, epispastica, purgantia, sanguinis missionees, fonticuli, dicta. Quum nihil proficeretur, forte itum adme. In causam si invenire, possem inquirens, ecce pilus. Quo evulso, subsedit malum.* El autor nos omite una es- plicacion muy importante, pues que no nos dice si el pelo volvió á salir. (1)

(1) Hace poco que en Inglaterra los Señores Crampton y Saunders inventaron dos operaciones para la curacion de la *trichiasis*. El primero de estos cirujanos propone dividir verticalmente el borde libre del tarso, de cada lado de su inversion, reunidos despues estos dos cortes por otro tercero transversal que solo interese la conjuntiva; toda la porcion vuel- ta del párpado, se hace entonces completamente movable; es facil ende- rezarla por medio de algunos glutinantes ó de un instrumento suspensor. Crampton asegura que la herida conserva despues de la curacion su recit- tud natural; una sola vez ha practicado el esta operacion bien que con muy buen resultado.

El Sr. Saunders, aprueba el proceder de su compatriota, pero no lo considera aplicable sino à la *trichiasis* incipiente; mira como infructuo- sas todas las tentativas que se podrian hacer para restituir al tarso su primitiva direccion, siempre que la conjuntiva palpebral se haya ulcera- do de resultas de continuas optalmias; su estirpacion le parece entonces indispensable. Esta operacion, es segun él, facil en su ejecucion; segura

Observacion decimaquinta.

Una aldeana de Trunello, de edad de 35 años nombrada Teresa Ballerini, perdió cuasi enteramente la vista de resultas de una optalmia que duró cinco años; le era imposible levantar sus dos párpados superiores estremadamente relajados y cubiertos de arrugas; el tarso y las pestañas de cada lado estaban dobladas acia dentro contra el globo del ojo que irritaban fuertemente; la enferma solo recibia un poco de luz por el angulò interno del ojo izquierdo, en donde el tarso estaba menos doblado que en otras partes. La cornea derecha parecia completamente opaca; la izquierda estaba solamente del todo

en sus resultados, dejando muy poca deformidad; la práctica del siguiente modo: despues de haber apoyado el párpado por una plancha de cuero ó de plata trazada de manera que pueda introducirse ligeramente entre el párpado y el globo del ojo, corta transversalmente la piel y el musculo pálebral, luego el punto lacrimal hasta el angulo esterno del ojo inmediatamente detrás la raiz de las pestañas, descubre la superficie anterior del cartilago tarso; y lo quita enteramente despues de haber dividido la conjuntiva que lo sostiene. Esta operacion que el Sr. Saunders ha ejecutado muchas veces, jamas ha presentado otras dificultades que un ligero obstaculo causado por la presencia de la sangre abundantemente vertida por las arterias ciliares; toda curacion es inútil; en tal caso, y basta tener el ojo cubierto por algunos dias.

La operacion descrita por el Sr. Scarpa, nos parece tener sobre las de Crampton y Saunders la ventaja de ser mas sencilla; creemos que no se debe recurrir á estas últimas sino en los casos raros en que la primera fuese ineficaz.

Saunders ha visto la trichiasis producida por dos causas que no indican comunmente los autores: la una era un tumor cystico desarrollado entre la conjuntiva y el cartilago tarso, que comprimiendo de atras á delante el horde orbitario de este, obligaba á su borde libre doblarse contra el globo del ojo; la otra era resultante de la obstruccion é induracion de aquella porcion de conjuntiva que viene de la parte superior del párpado sobre el globo del ojo, bajo el nombre de conjuntiva ocular. En estos dos casos la indicacion es otra: es preciso extraer los tumores, ó cortar una porcion de la conjuntiva inchada (véase *Crampton essay eutropean, etc. Saunders obs. on several practical point relative to the diseassés of the eye.*) (Los traductores franceses.)

por una nube. Un cirujano de la Aldea habia arrancado, mas de una vez aunque inutilmente, de una à una las pestañas desviadas.

La enferma fue admitida en el hospital. Con el pulgar é indice, hice á los tegumentos del párpado superior izquierdo y cerca de su borde libre, un pliegue que procuré levantar hacia afuera mas que acia dentro. Despues de asegurado que el tarso y las pestañas habian tomado su direccion natural, lo corté de un solo golpe con las tijeras de pico de grulla. Aproximé en seguida los labios de la herida, cuyo contacto aseguré por medio de algunos vendotes de tafetan gumoso, y sobre todo por medio de una compresa aplicada en la ceja, sostenido el todo por un vendaje análogo al monoculo. Repetí en seguida la misma operacion sobre el párpado superior derecho. El tercer dia, al levantar el primer aparato, la enferma abria facilmente los ojos pues el tarso y las pestañas de ambos párpados habian tomado su natural situacion.

Solo quedaba de cada lado una pequeña herida cuya longitud no pasaba de una linea. Cubierta con una compresa cargada del unguento de cerusa, y tocada de cuando en cuando con la piedra infernal, se cicatrizó completamente en el espacio de doce dias. El uso del colirio vitriolico y del unguento optalmico de Janin, continuado durante un mes dispó las consecuencias de la optalmia crónica, restituyendo à la cornea del ojo izquierdo toda su transparencia. El ojo derecho padecia un leucoma incurable.

Observacion décimasexta.

El Sr. Conde N. de edad de 10 años, propenso desde su infancia à frecuentes optalmias, no podia ya levantar su párpado superior izquierdo. Conservaba à penas la facultad de levantar el derecho en la

estension de dos, ó tres líneas hacia su ángulo esterno, de modo que para ver estaba obligado à torcer el cuello y mirar al través con el ojo derecho. El tarso y la pestaña del párpado superior izquierdo vuelto acia dentro se aplicaba cuasi enteramente contra la cornea sometida de este modo à una frotacion muy dañosa. El tarso y las pestañas del párpado superior derecho conservaban hacia su angulo esterno su situacion natural; pero en lo demas de su estension, todas ellas se dirijian contra el globo del ojo. La cornea izquierda era opaca y sembrada de manchas muy densas; la derecha estaba simplemente obscurecida por nubes. Se estirparon cinco veces en diferentes épocas las pestañas de este jóven, cauterizando su bulba con la potasa cáustica; pero retoñando siempre con mucha mas fuerza, fue indispensable llevarse una porcion del borde libre de los párpados afectados. Tal era el estado de esta enfermedad cuando emprendí su curacion. El jóven enfermo à quien tantas veces habian atormentado, inutilmente manifestaba poca docilidad; creí debia asegurarme de él haciendole sujetar en una cama por ayudantes egercitados.

Por medio de una pinza levanté la piel del párpado superior derecho à las inmediaciones del tarso en forma de pliegue, cuya parte mas elevada correspondia al grande angulo del ojo, por las razones arriba espuestas; lo quité de un solo golpe con mis tijeras de pico de grulla. Practiqué la misma operacion sobre el párpado izquierdo, pero con la diferencia que en este, la parte mas saliente del pliegue correspondia à su parte media. Las personas que no conocian el arte y asistian à la operacion, se asombraron cuando vieron que la piel se separaba dejando desnudos los dos párpados superiores. Deprimí las cejas para aproximar los bordes de las dos heridas que reuní por medio de bandoletes de tafetan gumoso:

asegurando esta reunion con compresas sostenidas por una venda en los huesos maxilares y en las cejas: los párpados volvieron á cubrirse enteramente. Hice tomar al enfermo una emulsion en que entraban nueve gotas de láudano y se durmió poco tiempo despues. No tuve que quejarme de su indocilidad durante todo el resto de la curacion.

Levanté el primer aparato al quinto dia. El jóven enfermo abria facilmente ambos ojos; el tarso y las pestañas se apartaban bastante del globo del ojo para no ofenderlo; con todo, no habia tomado enteramente su posicion natural, porque las pestañas heridas supuraban mas de lo acostumbrado, cubriendose de fungosidades que se oponian á la aproximacion de sus bordes; tocadas diferentes veces con la piedra infernal y curadas con el unguento de cerusa se cicatrizaron en el espacio de quince dias durante los cuales se vió el tarso y las pestañas apartarse progresivamente del globo del ojo y volver á tomar en fin su situacion natural. El uso del unguento optalmico de Janin, continuado por el espacio de cuarenta dias y el del colirio vitriolado, volvieron á los vasos varicosos de la conjuntiva toda su tonicidad; las nubes de la cornea del ojo derecho se disiparon enteramente; pero la cornea izquierda no recobró sino en parte su transparencia.

Observacion décima septima.

Emprendí la curacion de una vieja aldeana que toda su familia creía enteramente ciega hacia muchos años: frecuentes optalmias le habian ocasionado una extrema relajacion en ambos párpados superiores con inversion de su borde libre. Reconocí apartando los párpados que las pestañas frotaban contra el globo del ojo; y que la cornea habia en gran parte

perdido su transparencia en ambos ojos; no reparé haciendo este exámen, que del lado derecho habia ademas inversion hacia dentro de una pequeña porcion del tarso y de algunas pestañas del párpado inferior.

La relajacion de la piel de ambos párpados superiores era tal en esta muger, que en lugar de levantarla con las pinzas me serví del pulgar é indice de la mano izquierda; hice luego en el párpado superior derecho y cerca de su borde libre, un pliegue considerable que me llevé con las tijeras; el colgajo separado tenia la figura de un ovalo cuyo grande diámetro transversal terminaba de cada lado en los ángulos del párpado, mientras que el pequeño, dirigido verticalmente, correspondia á su parte media. Repetí en seguida la misma operacion en el párpado superior izquierdo, y apliqué á uno y otro el aparato comun compuesto de tiras aglutinantes y compresas, aseguradas por medio de una venda sobre las cejas y el hueso maxilar.

A los tres dias curé á la enferma por primera vez; y la hallé en un estado muy satisfactorio; abria con mucha facilidad los ojos; el tarso y las pestañas de ambos párpados habian vuelto á su situacion; natural las pequeñas heridas estaban reducidas á una señal lineal y parecia que debian cicatrizarse con prontitud. Observé sin embargo que la enferma experimentaba aun algun dolor, y que abriendo y cerrando el ojo izquierdo vertia lágrimas: los movimientos del ojo derecho por lo contrario se ejecutaban con la mayor libertad; no tardé en conocer que habia una trichiasis parcial del párpado inferior izquierdo que ocupaba su parte esterna en la estension de dos lineas: observé al mismo tiempo en el borde de este párpado cicatrices pálidas y callosas, consecuencia de úlceras corrosivas que parecian ser la causa de esta enfermedad. Hice con una lanceta una incision larga de cerca de cua-

tro líneas à lo largo del tarso que estaba vuelto, corté en seguida por medio de una pinza y un bisturí, una porcion ovalada de piel de una longitud proporcionada á la estension de la inversion, aproximé los bordes de la incision por medio de algunas tiras de diaquilon y la herida supurò; me vi precisado à tocarla muchas veces con la piedra ínferral, pero el tarso y las pestañas volvieron à tomar completamente su situacion natural.

A pesar del uso no interrumpido durante un mes del unguento de Janin y del colirio vitriolado, no pude sino en parte restablecer la transparencia de ambas corneas; tan grande era la consistencia del humor derramado entre las hojas de estas membranas. Tal vez la abanzada edad de la enferma contribuyó tambien à hacer la curacion incompleta, pues rayaba à los 60 años; podia sin embargo distinguir los colores y la circunferencia de los cuerpos. Salió del hospital muy contenta de no experimentar ya los dolores que le ocasionaba la trichiasis.

Observacion decimaoctava.

La señorita R... de Rovescala, jòven de 9 años, y de una constitucion escrofulosa, contrajo sarna siendo aun de pecho. A los 7 años fué acometida de una optalmia rebelde que se fijó en ambas conjuntivas palpebrales: el ojo derecho estaba mas fuertemente atacado que el otro; tenia tambien en este lado ulceraciones en la parte interna del tarso y en algunos puntos de la union de la sclerotica con la cornea. Despues de haberse sujetado inutilmente por espacio de dos años al uso de un sin número de medicamentos locales y generales, la tierna enferma perdió cuasi enteramente la facultad de abrir el ojo derecho. Los tarsos de ambos lados estaban callosos, cu-

biertos de costras y legañas, pero los del ojo derecho estaban además vueltos hacia dentro juntamente con las pestañas; con todo eso la trichiasis del párpado inferior no era sino parcial ocupando solamente su parte esterna. El frote de las pestañas sobre el ojo derecho era de tal manera incómodo que la enferma no podia dejar de dirigir continuamente allí su mano. La coloqué sobre una mesa en una posicion horizontal, la cabeza medianamente levantada, y fuertemente sujeta por ayudantes hábiles y especialmente por el Sr. Gianni, cirujano distinguido de este hospital; levanté con mis dedos los tegumentos del párpado superior derecho, para formar un pliegue mas ancho hacia afuera que hacia dentro, que corté de un solo golpe con las tijeras bien afiladas; me llevé de este modo una porcion ovalada de la piel que rodeaba al borde libre del tarso. Repetí la misma operacion sobre el párpado inferior derecho, proporcionando la estension del colgajo à la de la trichiasis menos considerable de este lado. Luego que la sangre ya no fluyó, apliqué el aparato ordinario, esto es las tiras glutinantes y dos compresas sostenidas en las cejas y al hueso maxilar por medio de un vendaje analogo al *monóculo*.

Hice tomar à la enferma algunas gotas de láudano concluida la operacion, para favorecer el sueño, pero no fue posible sujetarla en la cama. No sobrevino ningun accidente notable. Al descubrir al tercer dia el primer aparato, encontré con grande admiracion de los asistentes, que la tierna enferma abria fácilmente el ojo derecho, que el tarso y las pestañas habian vuelto à tomar su natural situacion, y que las dos heridillas estaban perfectamente reunidas; pero cosa particular, las pestañas antes desviadas, habian adquirido una longitud exesiva comparativamente à las otras.

Para completar la curacion, cubrí las dos cicatrices con un lienzo cargado de unguento de serusa, dedicandome sobre todo à fortificar los vasos varicosos de la conjuntiva, y à disipar las nubes que empañaban la transparencia de la cornea del ojo derecho. Obtuve en el espacio de cuarenta dias todo el buen exito que podia esperarse, insistiendo con el uso de la tintura tebaica de la farmacopea de Londres, con el unguento optalmico, y el colirio vitriolado.

Observacion décimanona.

Lorenzo Crivelli de Montallo, de edad 26 años, de una fuerte constitucion, no habiendo sufrido jamas la optalmia, se levantó en uno de los primeros dias del mes de mayo del año 1798. con un prurito de tal modo incómodo en el ojo derecho que no podia evitar el dirigir continuamente la mano en el. Esta sensacion dolorosa fue seguida luego de la inflamacion del ojo, se acrecentó de tal modo en los dias siguientes, que el enfermo temiendo perder la vista de este lado, vino al hospital.

Se veia acia al medio del pàrpado inferior, y en una estension de dos lineas, una separacion de las pestañas en diferentes direcciones. Tres de entre estas saliendo de la cara interna del tarso, se dirijian oblicuamente hacia el globo del ojo, tocando en parte al disco inferior de la cornea y en parte á la conjuntiva que en este lugar presentaba una mancha formada por una pequeña extravasacion sanguinea. No habia la menor desviacion del tarso.

Convencido que el arranque de las pestañas solo produciria una curacion, momentanea persuadido de la insuficiencia de todos los medios propuestos hasta el dia para dirijirlos hacia afuera, tales como los glutinantes, las ligaduras etc. y observando

por otra parte que bastaba al enfermo en cuestion volverle ligeramente el tarso hacia afuera en el corto espacio ocupado por la trichiasis, para apartar suficientemente las pestañas del globo del ojo sin producir ninguna deformidad notable, tomé el partido de cortar una pequeña porcion de tegumentos del párpado.

Estando sentado el enfermo con la cabeza inclinada hacia atrás, encargué á un ayudante que estendiese el párpado inferior derecho, sobre el cual hice con una lanceta una incision de cuatro lineas de longitud inmediatamente por debajo de su borde libre; levantando despues la piel con una pinza corté un pequeño colgajo de figura oval que tenia cuatro lineas de largo y dos y media en su mayor latitud; apliqué sobre la heridilla un lienzo cubierto de unguento digestivo simple y una compresa asegurada sobre el hueso maxiliar, por un bendage análogo al *monóculo*.

Dos dias despues, al levantar el primer aparato, halle reunida la herida; y las tres pestañas dirijidas hacia afuera. El enfermo se hallaba infinitamente aliviado; un solo pelo, el mas largo de los tres, tocaba aun ligeramente la cornea; digo ligeramente, pues que el enfermo no se quejaba y las manchas de la conjuntiva estaban ya cuasi enteramente disipadas. Este dia y los tres siguientes, toqué la herida con la piedra infernal, para destruir un poco mas de piel, y aumentar la inversion del tarso, la cicatriz se completó cinco dias despues. La pestaña de que acabo de hablar, que aun conservaba una inclinacion viciosa, ya no tocaba à la cornea, pero quedaba estendida à lo largo de la parte interna del tarso del párpado inferior, sin causar al enfermo ni lagrimeo ni dolor, Creí haber suficientemente conseguido el objeto que me habia propuesto y permití al enfermo volver á su casa.

CAPITULO V.

De la relajacion del párpado superior.

LA operacion descrita en el capitulo precedente conviene ademas para curar la relajacion del párpado superior cuando no está complicada con inversion de las pestañas. Esta afeccion no puede tener resultados sensibles ; pero obliga al enfermo á levantar el párpado superior con sus dedos para descubrir los objetos.

El prolapso del párpado superior raramente es un vicio congenito ; depende mas comunmente de la obstruccion humoral que tienen los sujetos de una constitucion débil, de las optalmias crónicas, obstinadas, ò bien de la aplicacion continuada por mucho tiempo de los topicos emolientes. Reconoce tambien esta enfermedad por causa la atonia del musculo elevador del párpado superior algunas veces complicada de parálisis del nervio optico ; este último accidente no es raro á consecuencia de fuertes contusiones en los párpados y en el ojo ; en fin el prolapso del párpado superior puede provenir del espasmo del musculo orbicular, pero entonces solo es momentaneo (1)

(1) La parálisis del musculo elevador que ocasiona la caída del párpado superior : se complica algunas veces con la de todos, ó quasi todos los musculos motores del ojo : de manera que este organo queda mas ó menos inmóvil sin que el nervio optico parezca muy afectado, pues que el enfermo vé distintamente los objetos que se le presentan. Mas si quiere levantar el párpado superior ó mover el globo del ojo en un sentido determinado, ejecuta todos estos movimientos con el ojo sano sin que conozca la inmovilidad del otro. La pupila del ojo enfermo está habitualmente dilatada aun bajo la influencia de la mas viva luz. Muchas veces he observado este caso aciago : las funciones celebrales estaban lánguidas y los enfermos no tardaban en perecer de apoplejia : uno de ellos solo fue acometido despues de haber experimentado un strabismo repentino que le hacia divisar los objetos dobles.

Es fácil con presencia de las circunstancias conmemorativas, conocer si la mayor estension del párpado superior es congénita, ó si depende de un infarto humoral, de la aplicacion prolongada de los emolientes, ó de que el enfermo haya tenido largo tiempo el ojo cerrado y comprimido por un vendaje.

Para saber si existe ó no parálisis del músculo elevador, se hace con una pinza, ó bien con la estrechidad de los dedos, un pliegue transversal á los tegumentos del párpado superior muy cerca de la bóveda orbicular: si este músculo no ha perdido su contractilidad, luego que queda libre del peso de los tegumentos, se contrae y levanta el párpado; en caso contrario el ojo queda continuamente cerrado. En cuanto á la relajacion del párpado superior que se ve parecer y disiparse por intervalos es efecto del espasmo del músculo orbicular, lo que es menos una enfermedad que un síntoma de otra afeccion espasmódica general, como el histerismo, la hipocondria, la clorosis, la alteracion del estómago dependiente de lombrices, ó de materias saburrales.

Los autores cuentan tambien entre las causas de esta enfermedad las heridas transversales del párpado superior ó de la ceja, pero no me parece se expliquen con bastante claridad en este punto. Si solo han querido hablar de las heridas transversales, con desorganizacion contusion violenta del músculo elevador, ó bien con grave daño del nervio suborbitario; es cierto que pueden producir la relajacion del párpado aun entonces complicado frecuentemente de un accidente mucho mas importante, esto es, de la perdida completa de la vista; mas si lo que dicen debe aplicarse á todas las heridas transversales del párpado en general, á la verdad se equivocan; porque las heridas simples que curan por primera intension son incapaces de producir la relajacion del párpado:

y las que, complicadas de una pérdida de substancia, curan por supuración, mas bien producirían una afección opuesta, esto es, el ectropion. ¿La caída del párpado superior es reciente, es producida por un simple infarto de los tegumentos? Existe en sujetos que no son decrepitos ni hemiplegicos? Puede esperarse mucho del uso de los tópicos fortificantes, entre las cuales ponderaré particularmente la agua fresca animada con un poco de espíritu de vino, los licores anodinos, la tintura de cantaridas y los linimentos javonosos alcanforados.

Se combate con los antiespasmódicos, los eméticos, y los antiel-minticos la relajación del párpado superior sintomática de la hipocondria, del histerismo, y del mal estado del estómago.

En cuanto à la relajación congénita ó procedente de un infarto humoral inveterado, de la atonía del músculo elevador solo puede curarse à beneficio de una operación. Es verdad que en caso de atonía del músculo elevador, es imposible volver al enfermo la facultad de abrir perfectamente bien el ojo; pero en fin, se le puede poner en estado de ver sin estar obligado à levantar el párpado con los dedos.

Pero curarse el prolapso del párpado superior como la trichiasis; basta llevarse un pequeño colgajo de los tegumentos del párpado habiendolo levantado antes entre el pulgar y el indicador; pero es preciso tener la precaución de no cortar mas que la cantidad necesaria para que se deje levantar por la acción del músculo elevador. En los casos mas comunes de la trichiasis, esto es, en aquellos que depende de la relajación del párpado y de la inversión acia dentro del tarso y de las pestañas, es de la mayor importancia, como ya dije, aproximarse lo mas posible al borde libre del tarso; pero en el caso de simple relajación del párpado superior sin ninguna inclinación viciosa, no hay otra

indicacion que la de cortar este párpado; mejor quiero entonces cortar una porcion de los tegumentos que están contiguos à la bòveda orbitaria superior.

Se càlcula fácilmente la longitud escedente del párpado relajado, haciendo mirar al enfermo un objeto situado horizontalmente à la altura de sus ojos; esto basta para ver quanto el párpado sano se levanta encima del otro.

Reconocida la diferencia, el cirujano, por medio de una pinza ó mejor con el pulgar y el indicador, hace un pliegue transversal à la piel del párpado superior, muy cerca de la òrbita, y despues ordena al enfermo que abra ambos ojos. Si ejecuta igualmente bien este movimiento de ambos lados, es una prueba que el músculo elevador no ha perdido su potencia contractil, y si al mismo tiempo los dos párpados superiores se levantan à la misma altura el pliegue hecho en los tegumentos tiene la estension conveniente; en caso contrario seria preciso hacerla mayor ó disminuirla. El operante le quitará con un solo golpe de tijeras, teniendo la precaucion, al instante del corte, de levantarlo hacia su parte media mas que acia sus àngulos, para dar á la herida una figura de hoja de mirto; aproximará los bordes à beneficio de algunas tiras glutinantes, pero sobre todo sujetando con un vendaje parecido al monoculo, una compresa sobre las cejas, y otra en la parte inferior del contorno de la òrbita. La curacion se efectua de este modo en algunos dias como en la trichiasis con tal que las compresas y el vendaje estén exactamente aplicados. (1)

(1) La operacion muy racional que acaba de describir el Sr. Scarpa, nos parece contra indicada cuando la caida del párpado superior procede de la parálisis de su músculo elevador, porque en este caso hay parálisis simultánea del músculo recto superior, recto inferior, recto interno, y pequeño oblicuo del ojo, y por consiguiente strabismo divergente.

No citaré en prueba de lo que acabo de esponer sino un solo hecho, aunque me seria facilisimo referir muchos otros. Pueden ademas consultarse los que terminan el capitulo precedente.

Aconsejo igualmente à los prácticos jóvenes que lean un hecho analogo insertado en el segundo volumen de los opúsculos de cirujia de *Morand*.

Todos estos músculos reciben en efecto como el elevador del párpado, sus nervios del tercer par, y para que este último fuese el solo paralizado, sería preciso que la causa de la parálisis no hubiese obrado sino sobre el filamento nervioso que le está destinado; lo que tal vez jamas ha sucedido. La caída del párpado sustrae entonces à los enfermos de todos los inconvenientes de la diplopia, triste ventaja que la operacion les hace perder. Es preciso pues en este caso dirigir todos los medios curativos contra la misma parálisis. Es inutil entrar aqui en ningun pormenor sobre el tratamiento general de la parálisis, pero recordaremos en particular en la de que se trata, la aplicacion de un sedal à la nuca, el uso de linimentos volátiles espirituosos y el del acido sulfuroso que se dirige sobre los párpados en el momento en que se desprende. (Los traductores franceses.) (1)

(1) Los efectos de la accion inmediata que suscita el *Strychnos nux vomica* Lin. nuez vómica, sobre casi todos los sistemas de la economia animal, invitó à los prácticos à buscar en este exótico un medio contra la parálisis, cuyo poder estimulante, creyeron con razon que despertara la facultad contractil de los músculos. Mr. Fouquier parece fue el primero que supo apreciar el valor de este socorro farmacologico. Por efecto del sacudimiento repentino que hace experimentar à todo el sistema nervioso se le ha visto obrar sobre ciertas amaurosis y sorderas. Dirigiendo asi mismo su accion excitante àcia las fibras nerveas del músculo elevador de los párpados; quién duda que podrá contribuir siempre que la inercia sea la causa de su relajacion, à la curacion de esta enfermedad? bajo todas estas consideraciones es muy conforme à la sana práctica intentar su medicacion tópica, antes de pasar al último recurso que es la operacion, supuesto que hechos recientes han acreditado hasta la evidencia que de ningun modo compromete la vida de los enfermos, ni la reputacion del profesor. Valiendose el Dr. Dumeril de este procedimiento curó completamente una parálisis del párpado superior.

Levantado el epidérmis por medio de un vegigatorio en lo mas cerca posible del origen de los nervios que se distribuyen al párpado afectado ó paralizado, se mantiene la supuracion con el unguento compuesto de una dosis mayor ó menor, según la susceptibilidad individual y efectos que produzca del extracto alcohólico de la nuez vómica, cuya aplicacion sin embargo es prudente empezar por uno ó dos granos. (El traductor Español.)

Observacion vigésima.

El Sr. Mayor T. empleado al servicio de S. M. I. el Emperador de Austria, de edad de 40 años, dotado de una fuerte complecion, espuesto à todas las privaciones inseperables de una guerra, fue acometido de una optalmia intensa con cefalalgia violenta y dolores en todos los miembros.

Recurrió al uso repetido de las sangrias y purgantes, luego à los sudoríficos y à las aplicaciones emolientes locales. La rubicundez del ojo derecho desapareció en algunas semanas; pero no fue asi con respecto al ojo izquierdo. El enfermo se sometió durante algun tiempo al uso de los tópicos emolientes, bajo la influencia de los cuales se vió llenarse la conjuntiva de una serosidad rojiza; el párpado superior se abotagó y cayó de tal suerte que el Sr. T. por fin no pudo ya levantar, lo mas perdiendo enteramente la facultad de abrir el ojo. Se sometió inutilmente por espacio de diez y ocho meses, asi en Francia como en Alemania al uso del mercurio y de muchos otros remedios; infructuosamente tuvo su ojo cubierto durante mucho tiempo con una compresa y venda que deprimieron cada vez mas el párpado superior.

En el mes de Setiembre de 1814. fué consultado por este valiente militar. Me cercioré de que su ojo estaba perfectamente sensible à la luz y vi por otra parte que disfrutaba de todos sus movimientos naturales. Con el pulgar y el indice levanté los tegumentos del párpado superior y los corté como dejo dicho en el capitulo precedente. El enfermo en pocos dias se halló libre de una larga y penosa enfermedad; se vieron desaparecer los vasos varicosos de la conjuntiva, el infarto de los folículos de Meybomio y del tarso sostenido por el continuo frote del párpado.

CAPITULO VI.

De la vuelta ó trastorno de los párpados.

ASI como se ve la inversion del tarso y de las pestañas ocasionada, por la relajacion de la piel de los párpados y las cicatrices de su borde libre; del mismo modo la inchazon de la conjuntiva pàlpebral y la retraccion de los tegumentos producen una afeccion opuesta, esto es, inversion ò vuelta de los párpados acia afuera, conocida por el nombre de Ectropion.

Esta enfermedad considerada bajo el punto de vista etiologico, se presenta en dos diferentes formas; en la una la conjuntiva abotagada aparta de su lugar el borde libre de los párpados y lo vuelve, en la otra la piel retraida de los párpados es la que tira su borde libre, acabando por arrastrarlo acia afuera.

La obstruccion de la conjuntiva, causa comun del ectropion, proviene muy amenudo de una relajacion congenita de esta membrana aumentada por optalmias crónicas rebeldes, y particularmente por las que mantiene el vicio escrofuloso en los sujetos caqueticos; tambien depende con frecuencia de una metastisis varicelosa, ò de la repercusion imprudente de costras lacteas, de los herpes y de muchas otras afecciones cutaneas. No hablo aqui de la tumefaccion habitual de la conjuntiva que es uno de los efectos comunes de la vejez.

Cuando esta dolencia solo ocupa el párpado inferior, lo que casi siempre sucede, se ve levantar la conjuntiva bajo la forma de un pliegue semilunar ro-gizo que parecido à una escrescencia fungosa se interpone entre el globo del ojo y el párpado inferior y vuelve à este en una cierta estension. Al contrario

cuando hay obstruccion de ambas conjuntivas palpebrales el ojo parece como encajado en medio de un rodete cuya circunferencia deprime y vuelve los dos cartilagos tarsos, no sin causar al enfermo mucha incomodidad y deformidad. En uno y otro caso, los tegumentos de los párpados se dejan facilmente prolongar, y es facil comprender que estos cubririan perfectamente el ojo sino estuviesen apartados por el abotagamiento de su membrana interna.

Ademas de la deformidad que causa esta enfermedad, tiene el inconveniente muy grave de permitir el derrame de las lagrimas por la megilla, y aun el mas grave de producir la estenuacion del ojo, la opthalmia y sus consecuencias las mas incomodas, tales como las nubes, ulceras de la cornea. etc.

La segunda especie de ectropion producida por la retraccion de la piel de los párpados, ò de las partes vecinas, es un resultado comun de las arrugas profundas que deja la viruela confluyente, quemaduras, escrecenicas cancerosas, quistes que se operan sin economisar convenientemente la piel, carbunculos malignos, en una palabra, todas las heridas de los párpados ò de las partes vecinas, complicadas de una perdida considerable de substancia. Cada una de estas causas basta para estrechar y acortar la piel, estirandola acia abajo ò hacia arriba, y volver el borde libre de los párpados. Sobreviene al mismo tiempo comunmente otro accidente no menos grave, esto es, la obstruccion de la conjuntiva. Esta membrana, aunque ligeramente descubierta, espuesta continuamente al contacto del ayre y de los cuerpos estraños, se obstruye prontamente y se cubre de fungosidades que tapan una parte del globo del ojo, comprimen el párpado, y conducen muy amenudo su borde libre hasta el nivel de la bóveda orbitaria. En quanto à los inconvenientes que traen consigo estas dos especies de

ectropion son absolutamente los mismos: añádese que siempre que la enfermedad es antigua é inveterada, la conjuntiva obstruida se pone dura y como callosa.

Aunque la membrana interna de los párpados parezca igualmente inchada en una y otra especie de esta enfermedad, sin embargo el diagnostico es fácil. En efecto en la primera, la piel no presenta ni cicatrices, ni ataduras y si se comprime el párpado con la estremidad del dedo se vé que cubriría facilmente el globo del ojo si la conjuntiva no lo apartase; mientras que en la segunda especie, ademas de las cicatrices y ataduras que se ven en la piel, el párpado conserva su posicion viciosa, ò no se alarga sino incompletamente: algunas veces la destruccion de los tegumentos es tan considerable que su borde libre adhiere á la circunferencia de la orbita.

Se vé claramente, despues del paralelo que acabo de establecer entre estas dos especies de ectropion que no son igualmente susceptibles de curacion, existiendo ademas casos de la segunda especie contra los que la cirujia es del todo impotente. Para curar un ectropion que solo procede de la obstruccion de la conjuntiva, basta llevarse una porcion de esta membrana, no faltando al arte medios para llenar este objeto; pero es imposible remediar perfectamente á la segunda especie de esta enfermedad que reconoce por causa principal una perdida de substancia de la piel de los párpados, ò de las partes vecinas: se consigue solamente corregir mas ó menos bien sus efectos, segun la estension de la perdida de substancia, abandonando como incurables los casos en que el borde libre del párpado adhiere á la circunferencia de la orbita. *Si nimirum palpebræ deest dice Celso, nulla id restituere curatio potest.* (1)

(1) Lib. VII. cap. 7.

Se tendrá idea del resultado que se podrá obtener, observando hasta que altura el párpado puede levantarse sobre el globo del ojo pues que es imposible al arte llevarla mas allá de este limite.

Vuelvo à la curacion de la primera especie de esta afeccion. Si la enfermedad es reciente, si solo aun hay una ligera entumescencia de la conjuntiva; la inversion no puede estenderse mucho mas allá de dos lineas, y con tal que no recaiga en viejos en los cuales la relajacion de los párpados hace à esta afeccion del todo incurable, se obtiene fácilmente la curacion cauterizando la conjuntiva con la piedra infernal. Esta ligera operacion se práctica del modo siguiente; se vuelve el párpado enfermo con la mano izquierda, y se enjuga con un lienzo fino; se pasa en seguida fuertemente la piedra infernal en toda la estension del tumor, hasta producir una escara; para que el enfermo experimente el menor dolor posible, es preciso que un ayudante esté pronto en el momento en que el operante retira la piedra infernal para aplicar sobre la escara un pincel empapado en aceyte: pues de lo contrario el cáustico disuelto por las lágrimas se deramaria en el globo del ojo. Si apesar de esta precaucion se disuelve alguna porcion, é incomoda al enfermo, se lava el ojo muchas veces con leche recién ordeñada. Se repite la cauterizacion por muchos dias consecutivos à fin de destruir enteramente las fungosidades superficiales de la conjuntiva, sobre todo en la inmediacion del tarso. Lociones de agua simple, ó bien de cebada con miel rosada, bastan para hacer supurar y cicatrizar la herida. El ectropion se disipa progresivamente à medida que la cicatriz se forma y el borde libre del párpado vuelve à tomar su natural posicion.

Este método curativo, he dicho anteriormente, no se aplicaba con ventaja sino à los solos casos en que

el ectropion es reciente y ligero. Cuando es antiguo y considerable no conozco mas que un medio seguro para curarlo: este consiste en quitar toda la parte fungosa de la conjuntiva razando la cara interna del músculo palpebral; està claro que solo hablo aqui del ectropion de la primera especie. Sentado el enfermo, la cabeza un poco vuelta hacia atràs, el cirujano fijará el párpado à beneficio de los dedos indice y medio de la mano izquierda; tomando despues con la otra las tijeras curbas en su plano (1) corta toda la escrescencia lo mas cerca posible de su base. Si el otro párpado està afectado, se repite en el, la misma operacion; y si el tumor es de forma tal que no se preste à ser exactamente comprendido entre las hojas de las tijeras, se le quita con un bisturí convexo (2) despues de haberlo levantado anteriormente con una pinza ó bien con una erina doble. La sangre que en el primer momento mana con abundancia se para prontamente por si misma ò por medio de algunas lociones de agua fresca. Hecho esto, el cirujano aplica el apósito compuesto de dos compresas fijadas la una hacia arriba y la otra hacia bajo alrededor de la òrbita por medio de un vendaje analogo al monòculo, cuyos circulares esten de modo que obliguen al párpado à dirigirse sobre el globo del ojo. Al levantar el primer apósito veinte y cuatro ò treinta horas despues de la operacion, el párpado ha vuelto à tomar ya, ó muy poco le falta, su natural posicion; la curacion solo consiste en labar la herida dos veces al dia con agua simple, de malvas ó de cebada. Si acia el último se hace fungosa, si el párpado no se endereza lo suficiente, es preciso echar mano de la piedra infernal, que tiene la doble ventaja de atacar las fungosidades, y destruir

(1) Lam. 3. fig. 4.

(2) Lam. 3. fig. 12.

una nueva porción de la conjuntiva. No hay necesidad de decir que es indispensable combatir la causa del ectropion y particularmente la optalmia crónica, un flujo vicioso de humores hacia el ojo, la debilidad ó el estado varicoso de los vasos de la conjuntiva: manifestaremos los medios de satisfacer estas indicaciones en el capítulo de la optalmia.

La curacion de la segunda especie de ectropion no se diferencia esencialmente de la primera. Si la retraccion de los tegumentos ha podido volver al párpado acia afuera, el corte de una porcion de esta membrana interna y la cicatriz que de ella resultará podrán por la misma razon volverlo à su situacion primitiva; pero ya lo he dicho, la perdida de substancia de los tegumentos es irreparable y el operante mas habil no podrá volver al párpado sus naturales dimensiones. La curacion pues, jamás es tan perfecta como en el primer caso; quedando el párpado inevitablemente mas ó menos corto, segun que los tegumentos han experimentado una perdida mas ó menos grande. Es verdad que en muchisimos casos el ectropion parece mas considerable de lo que es en realidad, porque con frecuencia la estension de la inversion del párpado depende menos de la retraccion de los tegumentos que de la inchazon de la conjuntiva. Tambien obtienen algunas veces los cirujanos resultados que sorprenden à las personas poco versadas en el arte de curar; pues que despues del corte de la conjuntiva, el acortamiento del párpado disminuye de tal manera que puede mirarse como nulo si se le compara con la deformidad y con los inconvenientes del ectropion antes de la operacion. Vease como ejemplo de este hecho, la figura que va añadida (1) Es pues justo, siempre que la destruccion de la piel

(1) Lam. 2. fig. 1.

no es mayor, cortar del modo ya dicho una porcion de la conjuntiva, sirviendose segun el caso de las tijeras curvas ó del bisturí convexô. Cuando la conjuntiva està dura y como callosa es preciso algunos dias antes de la operacion aplicarle una cataplasma emoliente de miga de pan y leche à fin de ablandarla y facilitar su corte.

Es un hecho de los mas probados que la simple division de las ataduras y cicatrices de la piel no puede producir ninguna estension duradera del pàrpado, no pudiendo por consiguiente ser de ninguna utilidad. Sucede entonces lo que tan frecuentemente se ve de resultas de las quemaduras profundas de la palma de las manos ó de los dedos; que por mas que se haga para tener los dedos estendidos, se les encuentra siempre en un estado permanente de flexion desde que la cicatriz queda concluida. Lo mismo sucede despues de las grandes quemaduras de los tegumentos de la cara y del cuello. Fabricio de Aquapendente (1) que conocia la inutilidad de un corte semicircular de la piel para remediar el ectropion, pretende que el mejor metodo curativo para esta enfermedad consiste en hacer una estension muy fuerte à los pàrpados por medio de emplastos glutinantes aplicados en ellos y en la ceja anudados fuertemente unos con otros. La esperiencia me ha enseñado que resultan las mismas ventajas con la aplicacion de un vendaje unitivo, cuya accion obrará sobre el pàrpado en un sentido contrario al de las ataduras. Es preciso añadir al empleo de este medio el uso de una cataplasma de leche y pan, y el de las embrocaciones aceytosas; deben probarse siempre estos medios en todos los casos antes de recurrir à la operacion. Si son infructuosos, el operante hace sentar al enfermo, colocandolo sobre

(1) *De Chirurg. operat.* cap. XV.

una mesa si es niño, encargando à los ayudantes que le tengan la cabeza ligeramente levantada; por medio de un bisturí convexô hace à la conjuntiva pàlpebral, un corte suficientemente profundo que costee el tarso sin interesar los puntos làcrimales; apoderàndose despues con una pinza del colgajo de esta membrana, lo disea, lo desprende de las partes vecinas hasta el punto en donde la conjuntiva pàlpebral se une al globo del ojo bajo el nombre de conjuntiva ocular, y entonces lo corta al nivel de la parte mas profunda del pàrpado: hecho esto aplica el apòsito arriba indicado, compuesto de una compresa y una benda, destinado à conducir el pàrpado hacia al globo del ojo. Uno, ó dos dias despues al levantar el primer aposito se halla el pàrpado en gran parte enderezado; es muy raro que la operacion sea seguida de sintomas incomodos tales como vomitos, dolores intensos, ò una fuerte inflamacion. Si sobreviniesen estos accidentes, se combatiràn los vomitos con una labativa opiada; la inchazon inflamatoria y el dolor por la aplicacion de los tópicos emolientes y por el uso de los antiflogisticos hasta que la supuracion se establezca. Basta entonces lavar el ojo dos veces al dia con el agua de cebada y miel rosada, y tocar la herida de cuando en cuando con la piedra infernal, para contener las granulaciones y favorecer la formacion de una cicatriz solida. (1)

(1) La primera idea de la operacion cuya descripcion se acaba de leer, pertenece à Bordenave. Está fundada en el perfecto conocimiento de la cicatrizacion de las heridas, y reemplaza con la mayor ventaja la simple incision transversal ó semi-elíptica de la piel de los párpados, indicada por Celso. Apenas la hubo su autor propuesto cuando en todas partes se apresuraron à egecutarla: mereció desde luego la sancion de la esperiencia y el voto unanime de los prácticos. Un celebre oculista inglés sostiene que ella no siempre precave la recaida del ectropion; pero esta asercion está desmentida por hechos muy numerosos. Suponiendo à la operacion de Bordenave inconvenientes que no tiene el Sr. Adams solo por objeto, sin duda, de dar toda la importancia à una nueva ope-

Observacion vigesima prima.

Una muchacha aldeana de 20 años de edad, de una constitucion débil, de fibra blanda, tuvo de resultas de una optalmía rebelde, ambos párpados inferiores vueltos ácia afuera en la estension de dos lineas. Este vicio accidental de conformacion era sumamente distorme; las lágrimas caian continuamente por la mejilla: el borde de los párpados vueltos estaba rogizo fungoso y ligeramente inchado.

Despues de haber probado inútilmente los colirios astringentes por espacio de una semana, tomé la resolucion de cauterizar profundamente la parte interna del borde libre de los párpados vueltos; los aparté sucesivamente del globo del ojo, y los enju-

racion de la que es autor: asegura que para obtener los resultados mas satisfactorios, es preciso cortar con la conjuntiva un colgajo triangular del mismo párpado; la base de este colgajo debe comprender una porcion del cartilago tarso, y corresponder al borde libre del párpado, consiguiendo de este modo una herida en figura de V. cuyos labios deben estar unidos por uno ó muchos puntos de sutura. El borde libre del párpado, cortado de este modo pierde en gran parte su corbatura natural, y adelanta mucho mas sobre el globo del ojo que cuando solo se corta la conjuntiva. El Sr. Adams refiere muchas observaciones que con respecto á esto no dejan ninguna duda. No se puede pues negar á su operacion la ventaja que tiene sobre la de Bordenave, de una curacion mas perfecta; pero esta última, mas simple y mucho menos dolorosa; no merece acaso la preferencia en los casos mas comunes? Nosotros responderemos afirmativamente á esta cuestion: la operacion de Adams debe estar reservada, segun nosotros, á solo los casos de ectropion muy considerable que dependa de una cicatriz de la piel: sus resultados pueden ser entonces maravillosos con tal que la perdida de substancia no sea considerable. El Sr. Adams partiendo del entusiasmo comun á los inventores lleva la confianza de su procedimiento hasta presentarlo como aplicable á los casos en que el párpado está vuelto por ataduras que lo unen á la mejilla: seria preciso dividir estas ataduras despues de haber cortado el colgajo del párpado, el borde libre de este, cortado y como tirante resistiria puede ser, dice el Sr. Adams, á la fuerza que se dirigiese á volverlo y permitiria á la herida exterior á que fuese el asiento de una cicatriz ancha y flexible. (Los traductores franceses.)

gué cuidadosamente; pasé la piedra sobre toda la parte fungosa de su membrana interna apoyandola con bastante fuerza para procurar la formacion de una escara sobre la cual apliqué en seguida un pincel mojado en aceyte al mismo tiempo lavé ambos ojos de la enferma con leche recién ordeñada. Repetí seis veces esta ligera operacion en diferentes intervalos y siempre con señales evidentes de buen éxito; tuvé la satisfaccion de ver al cabo de veinte dias los dos párpados inferiores vueltos á su situacion natural. Acabada la curacion prescribí à titulo de preservativo el uso del colirio vitriolico.

Observacion vigesima segunda.

La Señorita Josefina Mileri, de Pavia de 9 años de edad, se metió la punta de un cuchillo á través de la cornea del ojo derecho. Este accidente fué seguido de una cicatriz diforme y de una optalmia crónica que poco á poco cambió en un grande abotagamiento de la membrana interna del párpado inferior con vuelta de este ácia afuera. El aspecto de esta niña era verdaderamente asqueroso; sus padres la condujeron á la escuela de cirujia clinica. Algunos meses despues de la formacion del ectropion, no se quejaba de ningun dolor, aun cuando se le pasase la estremidad del dedo por encima de las fungosidades de la conjuntiva ó cuando le volvía el párpado.

Me llevé con las tijeras curvas toda la porcion fungosa de la conjuntiva, y cubrí la herida con una planchuela cargada de cerato y de aceite, que aseguré con una venda. Levanté este apósito al cabo de cuatro dias; el párpado se habia ya levantado sensiblemente; el dia siguiente la supuracion se estableció en toda la estension de la herida, quedando el párpado estacionario por espacio de una semana, pero luego

se le vió volver à subir uniformemente siguiendo los progresos de la cicatriz, tomando su posicion natural.

Durante todo el curso de la curacion, cuya duracion fue de un mes poco mas ó menos, no empleé al exterior sino lociones con el agua de cebada y miel rosada; de cuando en cuando cautericé la herida con el nitrato de plata para contener las granulaciones; la enferma le fue bien con el uso interior de un electuario compuesto con la quinquina y el *etiope antimonial*.

Cuando la herida estuvo cicatrizada precisé à la enferma al uso del unguento optalmico de Janin durante algunas semanas, con objeto de fortificar los vasos varicosos de la conjuntiva. Esta precaucion tuvo los mas felices resultados. La Señorita Mileri no recuperò la vista del lado derecho; una nube muy dilatada se oponia á ello; pero à lo menos se hallò libre de la mortificacion y de la deformidad que le causaba su ectropion.

Observacion vigesima tercia.

Un aldeano de edad 38 años, tuvo una erisipela en la cara acompañada de una inchazon exesiva del párpado superior izquierdo: se formò un abceso que se abrió por tres diferentes puntos al nivel de la arcada superciliar. El cirujano queriendo acelerar la curacion amplio la abertura que daba salida al pus; pero sea que él hubiese cortado una porcion de los tegumentos del párpado superior, sea que el mismo pus lo hubiese desorganizado demasiado, se vió que este párpado, à medida que la herida se cicatrizaba, se levantaba y se apartaba del globo del ojo. La conjuntiva palpebral, largo tiempo semetida al contacto del ayre, se obstruyò y acabò por degenerar en una substancia

fungosa. Coloqué al enfermo como si debiera hacersele la operacion de la catarata; à beneficio de un pequeño bisturí convexô, desprendí toda la porcion fungosa de la conjuntiva pàlpebral del angulo esterno al interno del ojo sin interesar el punto lacrimal superior; levantandola despues con las pinzas, la separé enteramente de la cara interna del pàrpado y la corté muy cerca del lugar donde se uné con el globo del ojo para formar la conjuntiva ocular: cayò en seguida el pàrpado superior sobre el globo del ojo tomando casi enteramente su posicion natural. La hemorragia fué ligera, pero poco tiempo despues de la operacion el enfermo fue acometido de un vòmito muy fuerte que durò cerca dos horas y que solamente cedió al opio dado por la boca y en lavativas. Los siguientes dias, el pàrpado fué el asiento de una ligera inchazon que desapareciò luego que se estableciò la supuracion. El catorce, la curacion era tan completa como lo permitia la naturaleza de la enfermedad.

El ojo no presentaba ninguna deformidad digna de atencion; sin embargo el pàrpado superior izquierdo, quedò un poco mas corto que el derecho. El enfermo podia levantarlo à su arbitrio, bajarlo y estenderlo sobre el globo del ojo: mas para cerrar enteramente el izquierdo, se veia obligado à levantar el pàrpado inferior mas de lo regular, con el fin de suplir la falta de longitud del superior.

Observacion vigécima cuarta.

Un niño de 10 años se acostò à fin de Octubre del año 1790, sobre sabanas en las cuales habian sacudido espigas de trigo. El dia siguiente al despertarse tenia ambos pàrpados del ojo izquierdo inchados y dolorosos. Apesar del empleo de tópicos emolientes se formò en el pàrpado superior un abceso que

se abrió debajo de la ceja del otro lado del temporal y dejó en este punto una fistula, contra la cual se frustraron todas las tentativas. El párpado se volvió progresivamente y la conjuntiva se inchó enormemente.

Acia mediados del mes de Junio de 1791, ocho meses poco más ó menos después de la manifestación de los primeros síntomas; la escrescencia fungosa de la conjuntiva cubrió una gran parte del emisferio superior del globo del ojo y atacó el párpado superior de tal modo que su borde libre se hallaba á poca distancia de la ceja, en especial del lado del temporal. Era fácil de ver deprimiendo este párpado con la estrechidad del dedo, que volvería sobre el ojo luego que se hubiese quitado el tumor formado por su membrana interna.

Apliqué por espacio de veinte y cuatro horas una cataplasma de miga de pan con leche, en la conjuntiva de algun modo hecha ya callosa; corté en seguida con un solo golpe de tijeras curvas toda la porción superabundante de esta membrana, sin interesar el punto lacrimal superior.

Después de la operación encontré en los pliegues del tumor una paja de una pulgada de largo y media línea de ancho. El párpado superior bajaba y cubría perfectamente el ojo; no sobrevino ningun accidente notable y el jóven salió del hospital diez días después, no teniendo otra deformidad que una ligera tumefacción en el párpado superior del lado del ángulo interno hacia el lugar donde se había abierto el absceso. Es indudable que fue la precencia de la paja la que por espacio de ocho meses impidió cicatrizar la úlcera del párpado, pero sorprende que el enfermo no hubiese despertado al momento de la introducción de este cuerpo extraño.

Observacion vigésima quinta,

Un habitante de la campaña de las cercanias de Stradella, llamado José Antonio Scanarotti de 35 años de edad desde mucho tiempo sufría una verruga en la inmediacion del contorno inferior de la òrbita. Este pequeño tuberculo se hizo doloroso en el decurso del mes de Enero de 1795. El cirujano del lugar le aplicò un emplasto cuyo resultado fue ocasionarle una erisipela que se estendiò por toda la parte derecha de la cara y luego que la erisipela empezò à disminuir aplicò al tuberculo un hierro ardiendo que lo cauterizó profundamente; cubriò despues la escara con una cataplasma de miga de pan y leche; que renovò por espacio de muchos dias consecutivos. La herida resultante de la caída de la escara se cicatrizò en el espacio de dos meses; (1) el pàrpado inferior quedò ligeramente inclinado por afuera, poco à poco se inchò la conjuntiva pàlpebral, haciéndose al cabo de dos años tan excesiva que volvió el pàrpado en toda su estension, segun lo manifiesta la figura 1.^a de la lámina 2.^a El enfermo desfigurado y atormentado por un lagrimeo continuo, se vino à este hospital el 29 de Abril de 1797. Comprimiendo el pàrpado inferior con un dedo de abajo arriba, ví que volvia à subir casi à su altura natural, de donde inferí la posibilidad de mejorar la suerte de este infeliz. Empezé por aplicar durante tres dias en la conjuntiva ya dura y callosa, una compresa cargada de una mezcla de cerato y aceyte, y por encima una cataplasma de pan con leche.

El 3 de Enero de 1798, dividí la conjuntiva por medio de un bisturí convexò al nivel del borde li-

(1) Lam. 2. fig. 1.

bre del párpado y sin dañar el punto lacrimal; luego de haber desprendido esta membrana de arriba abajo, corté toda la parte fungosa: apliqué sobre el párpado un lienzo cubierto de aceite y cerato y una compresa que se estendia hasta el hueso maxilar. Este apósito lo sujetaba un bendaje analogo al *monóculo*.

El sexto dia al levantar el primer apósito, el párpado inferior habia casi vuelto à su posicion natural: labé el ojo con agua tibia de malvas y renové la misma curacion del primer dia.

Al nueve, el párpado se habia levantado algo mas. Cautericé la herida con la piedra infernal para contener las vejetaciones de las que ella era el asiento, y toqué la escara con un pincelito embebido de aceite.

Del dia 10 al 12 nada de notable, solo que la cicatriz empezaba à formarse àcia el borde interno del tarso.

El 13 14 y 15 fue preciso repetir la aplicacion de la piedra infernal.

El 21 la cicatriz estaba ya completa, gracias à las lociones con el agua de cal y miel rosada repetidas tres veces al dia. El párpado inferior se hallaba ya al mas alto punto de elevacion posible como lo manifiesta la figura 2^a de la lámina 2^a. La ligera diferencia de longitud que se manifiesta en esta figura entre los dos párpados, es proporcionada à la pérdida de substancia de los tegumentos, pérdida que era imposible al arte repararla. Por lo demas el enfermo no tenia ni deformidad, ni lagrimeo.

Observacion vigésima sexta.

Una niña de 6 años, llamada Maria Teresa Zecconi de Marcignagno, fué acometida de un carbun-

culo maligno que se desarrolló en la parte inferior y lateral del párpado inferior derecho. La piel desorganizada en este punto fué reemplazada por ataduras que volvieron el párpado ácia afuera. La enferma tenia 16 años cuando la ví. La inversion del párpado tenia à lo menos cinco lineas: era imposible levantarlo sensiblemente, sobre todo ácia el angulo esterno del ojo; las lágrimas manaban continuamente sobre la mejilla derecha. La considerable pérdida de los tegumentos y la rigidez de la cicatriz no permitian esperar una curacion satisfactoria; sin embargo quise probar el mejorar la suerte de esta pobre muchacha, y la recibí en este hospital en 17 de Diciembre del año 1799. Para volver mas flexibles los tegumentos y la cicatriz, hize frotar los párpados muchas veces al dia con manteca; aplicando encima un vendaje unitivo cuya accion obrara de manera que prolongase la piel de abajo arriba. Estos medios fueron continuados hasta el 22 del mismo mes con un notable alivio.

Al siguiente dia corté la membrana interna del párpado enfermo con un bisturí convexò al nivel del borde libre, sin interesar el punto lacrimal inferior; con una pinza levanté esta membrana y despues de haberla desprendido hasta cerca del lugar en que se junta al ojo, la quité con un solo golpe de tijeras: encargué á la enferma que cerrase el ojo y lo cubrí de una planchuela de hilas secas sostenidas por una venda que bastó para contener la hemorragia.

Dos dias despues al levantar el primer apósito hallé el párpado inferior enderezado y sensiblemente vuelto ácia à el globo del ojo. Lavé la herida con agua tibia, cubriendola de un lienzo empapado de cerato y aceite; apliqué despues un vendaje unitivo cuya accion se ejecutaba de abajo arriba en los tegumentos del párpado. Desde el 27 al 29 la supuracion aumen-

tó y la herida se cubrió de fungosidades que se oponían evidentemente à que se enderezase el pàrpado; las corté de un solo golpe con las tijeras curbas.

El primero de Enero de 1800, la supuracion volvió à parecer con bastante abundancia; la herida se lavava con agua de cebada y miel rosada muchas veces al dia.

El 5 del mismo mes mandé que se le aplicase todas las tardes el unguento optalmíco en la cara interna del pàrpado à fin de vencer la tendencia que tenia à cubrirse de fungosidades. Hasta el dia décimo no se suspendió el uso de estos tópicos.

En esta época, el pàrpado se sostenia à su mayor altura posible, y apoyaba bastante bien el emisferio inferior del globo del ojo para impedir el derame de las làgrimas sobre la mejilla. Del dia 10 al 20 la herida se cicatrizó completamente: en este intervalo se tocó de cuando en cuando con la piedra infernal lavandola con el agua de cebada y miel.

El 22 de Enero, la enferma se fue del hospital muy satisfecha de su nuevo estado. Solo le quedaba un ligero acortamiento del pàrpado inferior que no era muy sensible sino cuando miraba àcia arriba.

CAPITULO VII.

De le optalmia.

Dos son las especies de optalmías una *aguda* producida por una causa estimulante, y dependiente de un aumentó de accion en la parte dañada; otra *cronica*, sostenida por la atonia de los vasos capilares de la conjuntiva. Lllaman los médicos àrabes *optalmia caliente* à la primera, y *optalmia fria* à la segunda.

Esta distincion forma la base de la curacion. La optalmía aguda reclama imperiosamente los antiflogisticos generales y locales; mientras que la crónica exige los tópicos astringentes y corroborantes añadiendoles el uso interno de los tónicos, siempre que la debilidad sea general como sucede en algunas ocasiones.

Independientemente de esta consideracion, es preciso saber, que por mas bien tratada que sea la optalmía aguda, casi siempre deja en la conjuntiva y partes adyacentes un resto de inflamacion crónica ó astenica, preciso resultado de la dilatacion que han experimentado los vasos capilares del ojo, ó efecto de la exaltacion de la sensibilidad que subsistiendo despues de la terminacion de la inflamacion, llama continuamente sobre el órgano de la vision un concurso de sangre y linfa. Este flujo puede muy bien imponer, al inexperto médico, hasta el extremo de convencerle que queda aun cierto grado de irritacion, sin embargo de estar enteramente disipada. (1)

Se reconoce toda la importancia de estas observaciones cuando en la cabecera del enfermo, se trata de indagar exactamente la especie y periodo de la optalmía, la eleccion de los medios curativos y sus dosis. He observado casi siempre que los médicos diestros en conocer el momento en que la optalmía

(1) Por mas bien curada que se suponga la inflamacion siempre deja en los órganos que ocupaba una tal predisposicion que basta la mas ligera causa para reproducirla. La optalmía predispone para la optalmía asi como la angina para la angina etc. Por mucho tiempo se ha creido que este fenómeno dependia de la atonia que sucede á la inflamacion; mas esta esplicacion solo puede convenir á un reducido número de casos. Si están ya debiles de resultas de fleemasias, los tejidos orgánicos, tambien están mas irritables, y mas sensibles: y á la exaltacion de estas dos propiedades es preciso atribuir su propension y facilidad á inflamarse de nuevo. Bajo este supuesto, dice el Sr. Tomasini, que la inflamacion se esceptua de aquella ley del hábito que quiere se sientan mucho menos las impresiones á proporcion que se renuevan con mas frecuencia (*Della infiammazione é della febbre continua*) (Los traductores franceses.)

pasa del estado agudo al crónico han obtenido una pronta curación, substituyendo à los tópicos emolientes los astringentes y corroborantes; al paso que los engañados por las apariencias, insistiendo con los antiflogísticos, dilatan infinitamente el infarto de los vasos capilares y la rubicundez de la conjuntiva.

Así pues aunque todos los charlatanes pueden lisonjearse de haber curado optalmías rebeldes con su *agua maravillosa* no por esto serán menos impostores engañando al público, vendiéndole su secreto como un específico infalible contra todas las especies de optalmía; pues lo repito, existe una diferencia tan grande entre los dos períodos de esta enfermedad, que el colirio que habitualmente es eficaz en la primera es perniciosísimo en la segunda. Con este motivo dijo Hoffman: *Ausim dicere plures visu privari ex imperitiâ applicandi tópica, quàm ex ipsâ morbi, vi ac magnitudine.* (1) Estas palabras son particularmente aplicables à la optalmía. (2)

(1) Disertat. de erroribus vulgaribus circa usum topicorum in praxi parrafo 7.

(2) La optalmía considerada en su esencia prescindiendo de las causas que pueden dar lugar à ella, presenta, segun Scarpa, dos períodos del todo distintos y que corresponden à dos estados opuestos de la organización, la esthenia y la asthenia. Uno y otro de estos períodos se distinguen por síntomas diferentes; ambos reclaman diversos medios curativos.

Esta distincion aunque esencialmente práctica, no está admitida de todos los médicos; los hay que reusan creer que una enfermedad cambiando así de naturaleza puede en pocos días pasar del estado de irritacion al de atonia, sin embargo convienen en la necesidad de variar la curacion de la optalmía, pero no fundan esta necesidad bajo los mismos motivos. Así que la cuestion en su fondo es menos importante de lo que parece, ¿pues que importa que se discorde en theoria, si se conviene en los medios curativos? Persuadidos que la inflamacion es siempre idéntica, desde su origen hasta su fin, así en el estado agudo como en el crónico, los partidarios de la nueva doctrina italiana solo consideran à los medicamentos propiedades que convienen con la idea que se han formado de la naturaleza de la optalmía. Es así que admitea que el sulphate de zinc, el acetato de plomo, el oxide rojo de mercurio, el acool

Para aclarar aun mas estos principios generales y facilitar su inteligencia à los cirujanos jóvenes me parece debo entrar en algunos pormenores sobre los fenómenos de esta enfermedad, aunque son bastante conocidos.

La optalmia aguda puede ser grave ó leve. En uno y otro caso se observan síntomas iguales à los que caracterizan las inflamaciones de las demas partes; ademas una serie de fenómenos particulares relativos à las funciones del órgano dañado.

En la optalmia *aguda leve* el interior de los párpados y la conjuntiva están mas encendidos que en lo comun: el enfermo experimenta una sensacion de

el agua de rosas etc. son contra estimulantes de las flegmasias de los ojos, pues que no pueden concebir que si estos medios fuesen estimulantes como generalmente se cree, curasen una enfermedad de irritacion. Pero es evidente que dan por cierto lo que solo es una cuestion.

Esto es lo que han conocido bien los partidarios de la nueva doctrina francesa; pero no han sido mucho mas dichosos con respecto à sus esplicaciones. Convencidos en parte de que la irritacion es el producto de la optalmia en todos los periodos, y que los medicamentos que acabamos de nombrar son exitantes; dicen unos vagamente que estos medios obran cambiando el modo de irritacion de la parte enferma; otros haciendo pasar la flegmasia del estado crónico al agudo, esto es, que el estado crónico cede al agudo. No despreciaremos nosotros esta última esplicacion, pero falta sin embargo aclarar en que se diferencia la optalmia aguda de la crónica.

Nos parece que en el decurso de las flegmasias, y particularmente en el de la optalmia llega una época en la que la irritacion cede sino completamente à lo menos en gran parte. No puede esta época determinarse con respeto al número de dias, pero si por la diferencia de síntomas: cesa el dolor, la luz incomoda menos; disminuye la abundante secrecion de las lágrimas, la rubicundez de la conjuntiva es menos viva etc. entonces el elemento principal es la obstruccion; no por esto queremos decir que la irritacion no exista; no decimos que la parte enferma esté mas débil que en el estado natural; pero si está débil relativamente al grado de fuerzas necesarias para obstruirse; pues como sabiamente lo dice Broussais son iudispensables las fuerzas para que se verifique la resolucion (Historia de las flegmasias crónicas) (534.) De donde inferimos que atonisando las partes enfermas, es como los astringentes disipan la obstruccion de la conjuntiva que miramos como el principio de las optalmias crónicas. (Los traductores franceses.)

calor, acompañado de pesadez, de prurito, y de comezon, como si en los ojos existiesen granos de arena; si hay un punto de la conjuntiva que esté mas doloroso que el resto de ella los vasos se manifiestan en aquél de una manera mas espresada. El enfermo tiene los párpados á medio cerrar, tanto por el dolor que al abrirlos experimenta, como para moderar la impresion de los rayos luminosos, los cuales no es fácil tolere sin aumentar el dolor, la comezon y secrecion de las lágrimas: si naturalmente es muy irritable, el pulso se pone frecuente, principalmente hacia la tarde; se inquieta, se incomoda; el calor de la piel es seco: tiene calos-frios pasageros, y algunas ocasiones inapetencia y nauseas.

La optalmía de que hablamos es frecuentemente de naturaleza raumática, ò hablando vulgarmente, es resultante de un *golpe de aire*, ó de una flusion que sobreviene á la vez á los ojos, á la nariz, garganta y en la trache-arteria. Esta flusion reconoce comunmente por causa las variaciones admosféricas, el tránsito repentino del calor al frio, la influencia del viento del norte, los viajes por terrenos húmedos y poco saludables, ó arenosos durante los calores de verano, la larga esposicion de los ojos á los rayos del sol etc; no es pues de admirar que reine esta enfermedad frecuentemente de un modo epidemico, atacando indistintamente las personas de todas edades y sexôs. Hay casos particulares en los que esta afeccion depende de infartos gástricos; esto se observa en particular en los sugetos débiles, y especialmente en los que se entregan á un desarreglo en su régimen de vida, ó que se alimentan de sustancias indigestas. Ademas del estado general de la constitucion, y el modo de vivir del enfermo, se conocen tambien los infartos de estómago por síntomas que no dejan duda; tales como la inapetencia, los conatos al vómito; una re-

pugnancia por las substancias animales, la cefalalgia suborbitaria, la suciedad de la lengua; fetidez del aliento etc. Algunas veces la misma enfermedad es producida por la supresion de evacuaciones sanguineas habituales.

Cuando la optalmía aguda es muy ligera, cede con bastante prontitud á la dieta, á los purgantes suaves, v. g. un grano de tartaro stibiado disuelto en una libra y media de decoccion de grama. Se repite este remedio por espacio de algunos dias con tal que no sobrevengan evacuaciones albinas muy abundantes. En cuanto á los medios locales, asegurados de no haberse introducido ningun cuerpo extraño entre el globo del ojo y los párpados, se dispondrán frecuentes lociones con la agua de malvas tibia y repetidas aplicaciones de yerbas emolientes hervidas con leche. (1) Parece inútil advertir que si la optalmía está sostenida por un infarto gástrico, el mejor ó mas bien el único medio de que cese con prontitud será promover el vómito; mas si se ha manifestado de resultas de supresion de algun derrame de sangre habitual, de los menstruos, de hemorroydes ó de un epistaxis, nada puede suplir á la aplicacion de sanguijuelas en los alrededores de la parte por donde se verificaba la efusion natural, finalmente se aplicarán cataplasmas emolientes en los ojos, tópicos tanto mas necesarios cuanto los síntomas inflamatorios y particularmente el dolor y escozor, son mas rebeldes.

A beneficio de este plan de curacion la optalmía corre comunmente, en el espacio de cuatro ó cinco dias, su primer periodo. Su terminacion se manifiesta por síntomas no equívocos: el enfermo ya no se queja de aquella sensacion de ardor y comezon que es-

(1) Para la formacion de los saquillos que deben contener las yerbas se prefiere con ventaja el velo muy fino á la tela de lino.

perimentaba al principio de la enfermedad, se halla aliviado, abre los ojos con facilidad, tolera la impresion de una luz moderada, sin experimentar la secrecion de lágrimas mas abundante que la del moco que se observa en la terminacion de la inflamacion de otras membranas mucosas.

En esta época aunque el blanco del ojo esté encarnado y parezca inflamado, realmente no lo está; pero la optalmía tampoco ha llegado à su primer período. Al estado inflamatorio sobreviene la atonià de los vasos de la conjuntiva que tapizan el globo del ojo, y la cara interna de los párpados. Al práctico toca entonces seguir las indicaciones de la naturaleza; él es el que debe variar la curacion de la optalmía, segun las mudanzas que ha sufrido. Lejos de insistir en las aplicaciones emolientes, deberá sustituirlas por las astringentes y excitantes, como por egemplo, una dissolution de sulfato de zinc, ó de acetato de plomo (ocho granos en seis onzas de agua) añadiéndole algunas gotas de alcool alcanforado. Se echaràn poco à poco algunas gotas de este colirio en ambos ojos, de dos en dos horas, ó se les bañará con este mismo liquido por medio de un pequeño vaso de cristal construido para este uso. (Vease la lámينا 3^a figura 11) (I)

Con este sistema de curacion los vasos de la conjuntiva vuelven desde luego à adquirir su pérdida energia, disipandose completamente el resto de la optalmía.

Entre las optalmías agudas y principalmente en las que son epidémicas y dependientes de la intemperie de la estacion, las hay tan ligeras, que apenas se ha-

(I) No me detendré en manifestar la utilidad de este instrumento pues que desde luego la conocerá el práctico; pero si he creído debía añadir à una de las láminas su figura. En la tienda de cristales de la calle de Escudellers en Barcelona, propia de los Sres. Gaspar Zahn é hijos los hay muy bien contruidos. (El traductor español.)

ce sensible el período inflamatorio, desapareciendo por si mismo. Es quizás el solo caso de una inflamacion erisipela tosa (tal es comunmente la optalmía) en que puede aplicarse con exito, y desde el principio de la enfermedad, tópicos frios y resolutivos, tales como el agua fria mezclada con el jugo del limon el vinagre, el agua de rosas con alumbre en la que se hace disolver, una clara de huevo. Pero estos tópicos son siempre mas ó menos nocivos en el período inflamatorio de la optalmía, por rebajado que sea, siempre que este dure algunos dias.

La optalmía *aguda grave* se presenta con el mismo aparato de síntomas que la de que acabamos de hablar: son sin embargo mas intensos y mas durables. En efecto, quejase el enfermo de un calor ardiente en los ojos; estos órganos y las cejas están en un estado de espasmo violento, se les hace insoportable la impresion de la luz aun la mas débil; el lagrimeo es muchas veces continuo y muy abundante, las lágrimas son acres y mezcladas con cierta cantidad de mucosidad mas ó menos espesa que como una especie de cola pega los párpados. Otras veces al contrario la secrecion de estos fluidos está enteramente suspendida, el globo del ojo está seco, es insoportable el dolor de cabeza en particular ácia la parte posterior; le atormenta al enfermo una continua vigilia; hay calentura; la pupila está constricta, la conjuntiva encarnada en toda su estension, la reunion de pequeños vasos que serpentean por su superficie, en lugar de estar separados por una especie de red de finisimos capilares, como en la optalmía ligera, están reunidos y confundidos, de tal manera, que parecen una especie de excrescencia que se levanta del globo del ojo haciendose proeminente entre los párpados.

Si desdichadamente la enfermedad continua aun haciendo nuevos progresos, los vasos capilares, ya muy

dilatados, se rompen, y la sangre se infiltra en el tejido celular que une la conjuntiva à la esclerótica; la primera de estas membranas se aparta de la segunda, se obstruye y forma ácia delante del ojo una especie de masa esponjosa, en medio de la cual la córnea parece como metida en un hoyo. En este estado es cuando la optalmía ha llegado al grado en que se la conoce bajo el nombre de *Chemosis*.

La optalmía ocupa comunmente las partes externas del ojo; no obstante algunas veces se limita à las internas, ó alomenos estas se afectan mas gravemente que aquellas. Juzgase que la optalmía es interna, cuando la intensidad del dolor que el enfermo experimenta en el fondo de la órbita no està al principio en relacion con el grado de alteracion exterior de la conjuntiva y de los párpados; digo al principio, porque poco tiempo despues de su invasion, la irritacion se comunica de las partes internas del ojo à las externas. En quanto à la causa que produce los accidentes de que va acompañada la optalmía interna, me parece que cuando se considera la poca alteracion que se manifiesta hácia el exterior, la aversion del enfermo à la mas débil luz, el color rosado del iris, la constriccion de la pupila, la turbidez y el aspecto rojizo del humor acueo, me parece, digo, racional creer que, asi en el mas alto grado de esta enfermedad, como en el resto de la optalmía externa muy intensa, se hace algunas veces un pequeño derrame sanguíneo en las cámaras del ojo, y con preferencia entre la coroyde y la esclerótica. A este derrame es al que sobre todo se atribuye el resultado muchas veces funesto de la optalmía interna que termina comunmente por la amaurose, cuando no acarrea la atrofia purulenta del ojo.

Cuando la optalmía aguda es muy intensa, reclama con prontitud el método antiflogístico en su ma-

yor estension. La esperiencia ha manifestado que la lentitud en recurrir á los evacuantes, sobre todo la timidez con que se pràctican las evacuaciones sanguineas son las causas que mas directamente se dirijen à favorecer el chémosis, la supuracion el derrame de una linfa concrecible en el interior del ojo, y el trànsito del estado agudo al crònico (1) Si se quieren prevenir estos accidentes hagàñse copiosas sangrias en los brazos ó en los pies, no perdiendo sin embargo de vista la edad y el temperamento del enfermo (2) Despues de las sangrias generales se aplicarán sanguijuelas cerca de los pàrpados y particularmente en las inmediaciones del grande àngulo del ojo. (3) Mas lo

(1) Veanse los preceptos y observaciones pràcticas de Galeno *De curat rar. per sanguinis missiones* cap 17.

(2) Del modo con que se espresa el Sr. Scarpa con respectó á las sangrias generales, parece que indistintamente prescribe la del pie ó la del brazo. Los que creen que la circulacion está esclusivamente subordinada á las leyes de la hidraulica, no consideran en efecto ninguna diferencia entre estas dos sangrias. Que importa, dicen, que se estraiga la sangre de tal ó tal vaso supuesto que existe un orden de comunicacion entre ellos? Pero la pràctica de la medicina no ha corroborado las esplicaciones de las theorias mecanicas, ha probado si que la abertura de la saphena es infinitamente preferible á la de la basilica ó de la cefalica, á lo menos en el principio de la optalmía; digo en el principio, pues que cuando la optalmía existe desde un cierto tiempo y con mucha mas razon cuando es antigua, la sangria de la jugular obra con mucha mas eficacia que la del pie. He establecido por principio, dice el Sr. Demours, la maxima de hacer sangrar eu todas las flegmasias del ojo, siempre y cuando la presencia de una luz moderada exita un sentimiento de dolor. La sangria del pie es al principio preferible á toda otra, aun á la de la jugular que entra en la clase de útil, inmediatamente despues, y aun puede reemplazarla. Sea la sangria del pie ó del brazo hago se verifique en dos tiempos, en una hora de intervalo poco mas ó menos. Antiguamente tal vez se abusaba de la sangria, asi como hoy dia me parece se descuida demasiado. No debe haber economia en caso de optalmía grave Soy prodigo en las sangrias del pie; y de la jugular cuando la inflamacion ha llegado al punto de dar que temer un absceso en la córnea, particularmente cuando hay dolores lancinantes en el globo de la órbita y cabeza; *tratado de las enfermedades de los ojos, ton. 1º. pág. 238.*

(Los traductores franceses.)

(3) El Sr. Demours quiere que se apliquen las sanguijuelas, mitad al

repito que deben siempre preceder à las sangrias locales las generales, à no haberse manifestado la optalmía à consecuencia de la supresion de algun flujo de sangre

párpado inferior á lo largo de las pestañas, y mitad á la sien cerca del ojo; pero jamás al párpado superior, ni en la sien, mas arriba de la comisura esterna de los párpados. Las hace tambien aplicar detras de las orejas y auu sobre la conjuntiva pálpebral. He logrado dice, los mejores resultados, mandando aplicar una en la cara interna del párpado inferior. Para este objeto se escoje una de las mas pequeñas; solo subsiste pegada tres ó cuatro minutos, parandose la sangre poco despues de su caída. Este hábil oculista añade que no ha visto jamas resultar ningun inconveniente de este medio, logrando todos los dias las mayores ventajas. (Loc. cit. tom. 1º p. 235)

El Sr. Velpeau ha insertado en el nuevo diario de Medicina (Julio de 1820) cinco observaciones igualmente favorables á este método, de las cuales cuatro han sido recogidas en la clinica del Sr. Bretonau médico en jefe del hospital general de Tours, y la otra en su práctica particular. Estas observaciones son dignas de notarse por el alivio que subsigue á la aplicacion de las sanguijuelas y por la prontitud con que se manifiesta. Aunque invadido de una optalmía interna, el sujeto de la primera observacion curó sin embargo tan facilmente como los demas. Pero el Sr. Bretonau mas atrevido que Demours no se contenta con hacer aplicar una sola sanguijuela, hace aplicar dos, ó tres á la vez: aumenta aun este número el dia siguiente, y el inmediato, si el caso lo exige, disminuyendolas despues gradualmente á medida que la inflamacion se disipa.

Barthez queria que para practicar las sangrias locales cerca del sitio de la enfermedad, se esperase que la fluxion se hubiese *fijado y limitado*, mas ya principiada aconsejaba hacer estas sangrias léjos de la parte enferma precediendolas las evacuaciones generales sanguíneas, en todos los casos de plétora ó de orgasmo de la masa de la sangre. He visto frecuentemente, dice, fluxiones inflamatorias en los ojos que hubieran sido desde luego fáciles de resolver; hacerse muy graves, ó largo tiempo rebeldes por haberseles aplicado (en su primera invasion, y sin haber hecho preceder una evacuacion general conveniente) sanguijuelas á las sienes ó á otras partes vecinas de los ojos afectados (*Memoria sobre la curacion metódica de las fluxiones*. pág. 14.)

Nadie duda que se debe empezarse por las sangrias generales, siempre que esten indicadas: pero desde que se practican evacuaciones locales muy copiosas no hay una absoluta necesidad de recurrir tan amenudo á la flebotomía como en el pasado siglo. Bajo este supuesto la práctica de los médicos modernos está conforme con la de los antiguos; pues el mismo Barthez dice (p. 13.) que estos últimos que hacian sangrias locales muy copiosas, podian remediar la plétora por la misma sangria que empleaban para producir la derivacion. Pero en los modernos, añade, las sangrias derivativas, siendo mucho menos considerables, tienen comun-

habitual, pues entonces es preferible aplicar las sanguijuelas en los alrededores del lugar por el cual se verificaba el flujo. Asi es que en vez de aplicarlas al redor de los ojos, se pondrán al ano, si se quieren llamar las hemorroydes, y en los grandes labios si se tratase de restablecer los menstruos etc. Poco tiempo hace asistí à una jóven. de 19 años que tenia una optalmía de las mas graves, la que se habia manifestado de resultas de una supresion repentina de los menstruos. Le ordené desde luego una larga sangria del brazo, despues le hice aplicar sanguijuelas en los grandes labios, y el efecto fue tan ejecutivo que en menos de 24 horas la enferma se sintió muy aliviada, habiendo los síntomas de la optalmía disminuido considerablemente. Muchas veces he visto el mismo resultado en optalmías sobrevenidas de resultas de la supresion del flujo hemorroydal, de una epistaxis etc.

Sin embargo las sangrias generales, aun copiosas, y las sanguijuelas no son siempre suficientes en el chémosis. Cuando la inflamacion ha llegado á este grado de intensidad, es preciso evacuar sin dilacion la sangre extravasada en el tejido celular que une la conjuntiva al emisferio anterior del globo del ojo. El

mente resultados peligrosos cuando no se han echo preceder las evacuaciones generales que pueden ser indicadas. Esta observacion era sin duda justa en el tiempo de Barthez pero hoy dia es superflua pues que jamas se han prácticado sangrias locales mas abundantes.

Asi nos deja en cierto modo la naturaleza la eleccion, nos permite al principio de la optalmía prácticar una sangria general ó aplicar sanguijuelas, todo consiste en el número de estas últimas. Si el número de ellas es corto, nadie duda que es indispensable empezar por una sangria general para remediar la plétora, y desviar la propension al movimiento fluxionario; pero solo aumentando el número de las sanguijuelas y haciendolas sangrar mucho, se puede suplir á la flebotomia; entonces la plétora general cede al derrame local y la fluxion artificial, promovida por las sanguijuelas, se agota, en el lugar mismo de su aplicacion por la abundancia de la hemorragia. (*Latour Historia de las hemorragias tom. 2º p. 67.*) (Los traductores franceses)

medio mas simple para esto consiste en quitar con las tijeras curvas por su plano la superficie esterna de esta membrana, hasta la union de la córnea con la esclerotica. De este modo se da una pronta y fácil salida à la sangre derramada detrás la conjuntiva y à la que aun dilata sus vasos. Esta operacion es sin comparacion preferible á las escarificaciones preconizadas por la mayor parte de los autores; efectivamente las escarificaciones no solo son insuficientes para evacuar la sangre derramada, sino que aumentan la irritacion y por consiguiente el movimiento fluxionario, de manera que favorecen la congestion en lugar de disminuirla. (1)

Despues de las sangrias, se promoveràn las evacuaciones albinas por medio de los laxantes suaves, como la pulpa de tamarindos, el cremor, el tàrtaro soluble, la sal de Epsom (2) y otros. Pero si el estómago se hallase muy ocupado, es preciso prescribir un emético, y hacer tomar al enfermo por espacio de muchos dias consecutivos y à fractas, dosis una disolucion de un grano de tàrtaro stibiado y dos dráculas de cremor de tàrtaro en una libra de tisana de grama, ò de suero.

(1) Para detener los progresos de la optalmía aguda Wardrop propone evacuar el humor aqueo agugereando la córnea por medio de una aguja derecha cortante en sus dos bordes, ó con la punta de un bisturi de oja estrecha. Nada puedo decir de esta práctica; pero las observaciones referidas por Wardrop se dirijen á probar que la evacuacion aun momentanea del humor aqueo, basta para que cese la exesiva dilatacion del globo del ojo y para restablecer la calma: digo la evacuacion *momentanea*: pues no hay médico que ignore que el humor aqueo se repara en pocos instantes. ¿Mas que puede la teoria contra la práctica? *on the effects of, evacuating the aqueous humor in inflammation of the eyes London 1816.*

(2) Sulphate de magnesia, sal cathartica, llamada tambien de Sedlitz, de Egra verdadera sal de las aguas de las fuentes de los pueblos cuyos nombres llevan; contienen muriate de magnesia que la hace delicuescente y amarga; se separa de esta y del muriate de cal igualmente por una disolucion de una nueva cristalizacion, evaporando aquella á 30 grados (El traductor español.)

Entre los medios externos, uno de los mas eficaces es la aplicacion de un vegigatorio à la nuca; pero es siempre preciso le precedan las sangrias y los purgantes (1). La utilidad de este medio no resulta del flujo de serosidad que promueve en el lugar de su aplicacion y si unicamente del punto de irritacion que determina hácia aquella parte, irritacion, que por decirlo asi suspende el trabajo morbifico, obligandole à mudar de lugar. La observacion ha acreditado que la nuca y la parte posterior de las orejas son, de todas las partes de la cabeza, las que mejor simpatizan con los ojos, de la misma manera que el lobulo de las orejas simpatiza mas particularmente con los dientes, el perineo con la vegiga, la piel del abdomen con las visceras encerradas en esta cavidad etc. sin embargo es preciso esceptuar los casos en que la optalmía depende de infarto del estòmago; pues entonces la experiencia confirmando la eficacia del método de Bonet y de Rivero, ha acreditado que los vegigatorios y los cáusticos aplicados en la nuca son mas nocivos que utiles.

(1) *Hoffmann Medicinæ ration. system tom. IV. part. 1. sect. 2. Setacea et vesicatoria non facile applicanda in pletoricis, nisi soluta prius pletora, et alvo, presertim in cacochymicis, subducta.* Esta regla es de la mayor importancia: si se aplica un vegigatorio en la nuca, ó detrás de las orejas antes de disminuir la irritacion, se verá que léjos de obrar como resolutivo obrará como irritante, esperimentando el ojo enfermo tanto mas el efecto, cuanto mayor sea su inflamacion; por la misma razon es preciso ser muy reservado en el empleo de este medio con los sujetos de temperamento sanguineo. » Creemos, dice el Señor Boyer (tratado de las enfermedades chirurgicas tomo V. pág. 371.) que el vegigatorio obra en los temperamentos sanguineos mas bien como estimulante general que como derivativo, y que por consiguiente no convendrá en el primer período de la optalmía. Al contrario las personas nerviosas en las que el dolor predomina á todos los síntomas inflamatorios pueden aliviarse por la aplicacion de un vegigatorio detrás de las orejas ó á la nuca, y en especial teniendo cuidado de no vérificar su aplicacion sino despues de haber prácticado las sangrias generales que se crean necesarias. (Los traductores franceses.)

En cuanto à los medios que conviene aplicar en el sitio mismo del mal (no se trata aqui de la optalmía producida por una causa *especifica*) son los tópicos emolientes, tales como los saquillos de malvas hervidas con leche fresca, ó las cataplasmas de miga de pan y leche con azafran, la pulpa de la manzana cocida, una decoccion muy saturada de cabezas de adormideras, y otros medios de la misma clase, cuya aplicacion se renovará de dos en dos horas à lo mas. Nada es mas propio para moderar la sensacion de ardor que experimenta el enfermo en los ojos, que introducir con la punta de un estilete, entre el globo del ojo y los párpados, la clara de un huevo fresco ó el mucilago de la simiente de psillion preparado con agua destilada de malvas. Se mantendrá el enfermo en la cama, la cabeza levantada en lo posible, absteniendose cuidadosamente de todo cuanto pueda suprimir la transpiracion. Finalmente si los párpados tienen mucha propension à pegarse, lo que sucede muy amenudo principalmente durante la noche, se les aplicará, antes de acostarse, un linimento compuesto con aceyte y cera; el observar este precepto es muy importante; pues nada favorece mas los progresos de la optalmía que la detencion de las lágrimas entre los párpados y el globo del ojo (1) Bajo la influencia de es-

(1) *Sed neque ad multum tempus claudere oculos conducit, maxime si fluxionem calidam habeat. Lacrima enim suppressa calefacit. Hipocrates de visu.*

Hay individuos, cuyos ojos están dotados de una sensibilidad tan grande que no pueden soportar el peso de cataplasmas, ni aun de las compresas mojadas con la decoccion emoliente. Se remplazan estos medios por las fumigaciones que se dirigiren á los ojos por medio de un embudo colocado encima de un vaso lleno de un liquido emoliente, cuya ebullicion se conserva por medio de una lámpara con espiritu de vino. Estas fumigaciones deben repetirse á lo menos cada dos horas, y continuadas por espacio de quince ó veinte minutos, con la precaucion de tener el ojo bastante apartado del aparato fumigatorio á fin de que no esté incomodado por un calor demasiado fuerte. (a)

tos medios, administrados à tiempo y segun las reglas que acabamos de indicar, el período inflamatorio se disipa comunmente el quinto, séptimo á onceno dia. Este cambio se anuncia por fenomenos que no dejan duda; desaparece la calentura, no se siente ardor, ni dolores lancinantes en los ojos; los párpados se desobstruyen y se ponen arrugados, se restablece la calma y vuelve el apetito.

Al principio los ojos estaban secos y aridos ò si fluian algun humor, era claro é irritante; pero en este estado es mucoso y á su derrame sigue un grande alivio: el enfermo abre y cierra los párpados sin esfuerzos ni dolores; tolera una luz moderada, y los humores encerrados en el interior del ojo no es tan ya turbios por la presencia de materias estrañas.

En este período de la enfermedad, aun cuando los ojos estén todavia rubicundos y la conjuntiva obstruida se hace preciso renunciar à los antiflogisticos, reemplazandolos (menos en caso de cortar la conjuntiva de que se hablarà despues) por los astringentes y corroborantes, entre los cuales citaré la sal de saturno; ó el sulphate de zinc (seis granos), con el musilago de las semillas de membrillo (una onza) y algunas gotas de espiritu de vino alcanforado, disuelto todo en seis onzas de agua simple destilada, ò de llanten. En quanto al modo de emplear estos colirios, se haràn penetrar algunas gotas, cada dos horas, entre los párpados, ó se compondrá un baño por medio de un vaso pequeño apropiado al intento en el que

(a) Aun sin recaer en los enfermos este exeso de sensibilidad deberian preferirse, particularmente en las optalmías catarrales, estos vapores ó fumigaciones, á las cataplesmas, pues si bien estas son un remedio perenne; tienen en contra, ademas del peso, (que aunque se hagan delgadas siempre es enorme si atendemos al aumento de sensibilidad de un ojo inflamado) la continua humedad que se enfria con el ambiente y por mas amenudo que se renueven no deja de ser nocivo, obrando como repersivo y aumentando el estímulo catarral. (El traductor español.)

se meteràn los ojos. (1) Se hallan con frecuencia sujetos que no pueden tolerar la aplicacion fria en los ojos, particularmente en el invierno; no hay por esto un motivo para abandonar los colirios que hemos indicado, basta hacerlos entibiar un poco al principio disminuyendo todos los dias gradualmente la temperatura, hasta que la sensibilidad de los enfermos permita la aplicacion del todo fria.

Otro de los medios igualmente eficaz en el segundo período de la optalmia, esto es, cuando la debilidad forma el principio de la inflamacion, es la tintura thebayca de la farmacopea de Londres (2) de la que se echan suabemente dos ò tres gotas entre los párpados dos veces al dia, ò unicamente á la tarde, hasta la completa curacion. Luego que este liquido se derrama por el globo del ojo ocasiona un escozor bastante activo; pero desaparece prontamente, y al dia siguiente por la mañana el estado del ojo está sensiblemente mejorado. Mas lo repito, tan eficaz como es este colirio en el segundo grado de la optalmia, tan nocivo es en el primero; à su administracion es preciso que precedan las sangrias y purgantes; pues que primeramente deve disiparse del todo

(1) Vease la Lam. 3. fig. 11 (El traductor español)

(2) *Rec. opii colati* *unciam unam.*

Caryophyl. arom. } . . . *a . a drachmam semis*

Cinnamom } . . . *a . a drachmam semis*

Vini albi meraci *libram semis*

Macera per hebdomadam sine calore; deinde per chartam cola. Adde, posteaquam colata sunt spiritus vini tenuioris vicesiman circiter partem ut tuiora sint à fermentatione. Reponere oportet vitreis ampullis accurate abturatis.

Para que esta tintura sea menos estimulante, bastará aumentar la dosis de opio. En cuanto el modo de servirse de ella, en lugar de hacerla caer directamente sobre el globo del ojo es mas conveniente que entre por el ángulo interno de este órgano, desde donde se difunde en seguida lentamente sobre el resto de la conjuntiva.

Los que creen poder sustituir, en el mismo caso, el laudano liquido á esta tintura se engañan del todo.

la irritacion. (1) Aseguro bajo mi propia esperiencia que no hay la menor exageracion con lo que dice Ware sobre la utilidad de este remedio administrado prudentemente y en circunstancias convenientes.

No es lo mismo cuando se ha practicado el corte de la conjuntiva para impedir los progresos del *Chémosis*; entonces queda que curar una úlcera que resiste al uso de los estimulantes, que infaliblemente acarrearían de nuevo los síntomas inflamatorios. Es pues preciso dedicarse á calmar la irritacion y á favorecer la supuracion de la herida hecha en la conjuntiva, por medio de fomentaciones de agua de malvas ó leche fresca, esta supuracion se presenta bajo la forma de una capa mucosa. Al fin del segundo periodo de la optalmia, cuando la inflamacion es puramente asthenica, los bordes de la herida se aproximan poco á poco acabando por cicatrizarse completamente,

Luego que el enfermo podrá tolerar sin inconveniente una luz moderada, se suspenderá el uso de los tópicos; teniendo la precaucion de colocar delante de los ojos un pedazo de tafetan verde ó negro, á manera de cortina, para dar al enfermo la facultad de abrir y cerrar los párpados á su arbitrio, sin temer los efectos de una luz demasiado viva. En fin se tendrá cuidado de iluminar progresivamente el aposento del enfermo hasta que llegue al estado de tolerar toda la claridad del día; pues nada es tan propio para sostener, y aun aumentar la sensibilidad de la vista

(1) *Observacion sobre la optalmia por James Ware. Biblioteca med phys, del nord. tom. 1.º* Sin embargo no hay que esperar que este colirio ocasiona un alivio tan pronto en todos los casos. Algunas veces es menester mucho mas tiempo para que produzca un buen efecto. He visto ciertos casos en que el primer uso de la tintura thebayca no ha conseguido la menor mitigacion de dolor; pero la mayor parte eran de aquellos en que la inflamacion de los ojos solo habia afortunadamente durado muy poco tiempo, y en los que los ojos se presentaban muy brillantes y que la luz ocasionaba á los enfermos dolores muy vivos.

y por consiguiente alargar la enfermedad, como hacer que los enfermos estén en un lugar enteramente oscuro, ó con los ojos bendados por mas tiempo del que exige la enfermedad.

Aunque lo que se acaba de leer relativo à los fenómenos y curacion de la optalmía aguda grave, me parece suficiente para la direccion de los médicos jóvenes en su práctica, sin embargo no puedo dejar de hacer mencion de una especie particular de esta misma enfermedad. Bastante análoga, en cuanto á los síntomas, con las otras optalmías agudas, solo se diferencia en que, poco tiempo despues de su origen, va acompañada de un derrame de materia puriforme muy abundante. La optalmía en cuestion es la que acomete à los niños, despues de nacidos, ó à los adultos despues de una repentina supresion de una gonorrea virulenta ó de una metastasis del virus venereo en los ojos; por lo que se las llama *optalmía de los recién-nacidos y optalmía gonorraica*.

La primera de estas optalmías acomete, como digo, à los niños poco tiempo despues de su nacimiento ò à los de teta. Luego que se manifiesta esta terrible enfermedad, adquieren los párpados un grado tal de infarto que no es fácil separarlos el uno del otro, y aun menos volverlos hàcia afuera. Si el enfermo con mucho trabajo llega á conseguirlo, se admira uno de ver la membrana de aquellos convertida en una substancia mucosa, muy parecida à la del intestino recto cuando sobreviene la procedencia del ano por efecto de los esfuerzos que hacen los niños al ejecutar sus deposiciones.

Algunas veces no obstante sucede que con los llantos del niño se vuelven los párpados por si mismos, y quedan en esta posicion hasta que se les devuelve à su estado natural. Al periodo inflamatorio que es de corta duracion, sobreviene el copioso y continuo derra-

me de mucosidades puriformes, segregadas en parte por las glándulas de Meybomio, y por la membrana que cubre el interior de los párpados, y por la misma conjuntiva. Al principio de esta enfermedad, la calentura ya es bastante fuerte, los llantos, las vigili-
 as y temblores son continuos; finalmente se manifiestan algunas veces vómitos ó deposiciones albinas amarillas muy fetidas.

No están acordes los médicos con respecto à las causas que producen esta enfermedad; unos la atribuyen à la impresion que causa à los recién nacidos un frio repentino; otros al calor de las mantillas con que los envuelven; estos à la intensidad de la irritacion ocasionada por una luz demasiado viva; aquellos à la leucorrea que padecia su madre durante el embarazo y en el acto del parto; en fin hay otros que la atribuyen à una gonerrea ò à cualquier otro derrame irritante procedente de la vagina. De todas estas opiniones sobre la etiología de la optalmia de los recién nacidos, la mas verosimil, à nuestro parecer, es la que procede de la aplicacion inmediata de un principio irritante à los bordes libres de los párpados de los niños, à su paso por medio la vagina. Verdaderamente esta enfermedad muy amenudo se observará en los niños nacidos de madres afectadas de un flujo blanco, y se nota que es muy grave cuando este flujo es de naturaleza venerea, ó cuando existen úlceras en la vagina, ó en las partes esternas de la generacion. En efecto, se ha visto algunas veces la optalmia purulenta en niños cuyas madres estaban libres de flores blancas, y *vice-versa*; pero à mas que esto no prueba que la leucorrea no sea la causa mas frecuente, es preciso atender à que esta afeccion es algunas ocasiones muy ligera, y aun intermitente; de manera que la miran las mugeres como asunto de muy poca importancia, negando su existencia. En segundo

lugar nadie ignora que hay individuos que disfrutan del privilegio de ser insensibles à la accion de ciertos principios contagiosos.

Sea lo que fuere, es digno de notarse que la optalmia purulenta de los recién nacidos es mucho mas frecuente en la plebe que en las otras clases de la sociedad, y que es muy comun en los hospitales destinados para los niños espósitos. Sea que los cuidados en la limpieza, de que generalmente hacen uso las personas acomodadas, disminuye sin duda la acritud de la materia de la leucorrea; es por lo menos incontestable que, cuando el flujo vaginal es venereo, ó de una naturaleza muy irritante, la optalmia es estremamente grave. Añádese ademas que esta especie de optalmia purulenta de los niños es contagiosa. En vano se dirà que las aguas del amnios se llevarian tras si las mucosidades segregadas por la membrana que cubre el interior de la vagina: por abundantes que sean las aguas, difícil serà creer no dejen una cantidad suficiente de materia para producir el efecto de que se habla.

Por lo demas por verosimil que pueda parecer nuestra opinion sobre la causa de la optalmia purulenta de los recién nacidos; no por esto se han de desechar del todo las arriba dichas. Asi seria de desear que se mandase à las comadres lavasen al niño luego que naciera todo su cuerpo pero en particular el borde libre de los párpados con agua y vino tibio; inyectar agua de malvas à la misma temperatura entre los párpados y los ojos, por el espacio de muchos dias consecutivos; preservar el recién nacido del contacto del aire frio, asi como de la accion de un fuego demasiado ardiente, colocándolo en un parage cuya excesiva luz no dañe la sensibilidad de sus ojos.

Cuando no se ha podido evitar el flujo puriforme de los párpados y de la conjuntiva, es necesario parar su curso; de lo contrario, la córnea se obscurece

se hincha y degenera luego en *stafiloma*. Inmediatamente que se manifieste esta enfermedad, se recurre à los antiflogísticos, à los diluyentes, à las sanguijuelas, y aun à la sangría general, si el enfermo es plétorico. Despues de estos medios, es de la mayor utilidad la aplicacion de un vegigatorio à la nuca, sobre todo si la optalmía se ha declarado à consecuencia de la retropulsion de una afeccion exantematica de la cabeza; ademas, se ordenará un purgante compuesto de jarave de ruibarbo y de chicorias (con un poco de magnesia; encargando à la nodriza no le dé de mamar, ni papilla con exceso, cuidando de no envolverle con mantillas gruesas y muy espesas, segun lo tienen de costumbre nuestras mugeres, aun en la estacion mas calorosa del año. En fin, si hay motivos de sospechar que la leche con que se nutre el niño puede influir en esta afeccion, se mudará de nodriza, ó se la harán tomar remedios para mejorar el estado del estómago, y por consiguiente el de los humores.

Desdichadamente, en la clase indigente de la sociedad en la que la optalmía de que acabamos de hablar es muy comun, solo llaman muchas veces al médico cuando la enfermedad ya està adelantada, esto es en el segundo grado, que es lo mismo que pasado el período inflamatorio, cuando ya el flujo puriforme està bien establecido. Al principio y mientras dura el primer período, ademas de los antiflogísticos generales, se aplicarán sobre los párpados los saquillos de yerbas emolientes hervidas con leche y polvoreadas de alcanfor, ó mejor todavía una cataplasma de miga de pan con leche azafranada, ó manzanas cocidas polvoreadas con alcanfor. Mas luego que el flujo llega à manifestarse (señal indudable del tránsito del primer período al segundo), se remplazarán los tópicos emolientes por los astringentes y resolutivos, con el ob-

jeto de restituir á los vasos de los párpados, y á la conjuntiva la energía que han perdido, y reprimir igualmente las fungosidades de la membrana interna de los párpados, de donde procede la secrecion morbosa de que ellas son asiento.

Al efecto aconsejo, como uno de los mejores medios, echar gota á gota una corta cantidad de agua alcanforada en los ojos. Componese este agua de partes iguales de vitriolo romano bolo armenio, y una cuarta parte de alcanfor: todo bien pulverizado y mezclado. Tómase una onza de esta mezcla, se la echa en una libra de agua hirviendo, se aparta el vaso del fuego, se deja reposar por algunos minutos, con el fin de que las partes mas gruesas se precipiten; últimamente, se filtra el licor. Este remedio se emplea al principio del modo siguiente; se pone una dragma de esta agua destilada en dos onzas de la de llanten fria, aumentandose progresivamente la dosis del agua alcanforada segun la necesidad. Se inyecta este liquido por medio de una geringa pequeña, de marfil cuyo sifon se introduce con precaucion entre los párpados, ácia el ángulo esterno del ojo; se repite esta inyeccion dos ó tres veces al dia cuando la enfermedad es ligera, y de hora en hora en circunstancias mas graves; aplicase en seguida un pedazo de lienzo fino empapado con clara de huevo batido con alumbre, y se precave la adherencia de los párpados frotando sus bordes libres con una pomada compuesta de aceite y cera.

A beneficio de este plan de curacion, el flujo pálpbral comúnmente cesa en el espacio de quince dias, la obstruccion se desvanece y permite al cirujano el cerciorarse con exactitud del estado de los ojos. Cuando la córnea se presenta aun algo turbia, se consigue aclararla con la tintura thebayca de la farmacopea de Londres, y á falta de este medio, con el unguento optalmico de Janin.

La opthalmía *gonorraica* es muy análoga à la puriforme de los niños; con respecto à la intensidad de la inflamacion, al flujo que la acompaña, y à la prontitud con que se dirige àcia la destruccion del órgano de la vista; diferenciase sin embargo por su causa especifica ò determinante.

Puede proceder: 1.º de la repentina supresion de una blenorragia venerea, aunque no toda supresion tenga esta consecuencia; 2.º de una verdadera inoculacion del virus venereo, transportado por una inadvertencia desde las partes genitales à los ojos. (1)

En la primera suposicion, la gonorrea se suprime repentinamente de resultas de una causa cualquiera (abuso de licores espirituosos, esposicion à un aire frio y fuerte, inyecciones astringentès en la uretra, etc.) y la opthalmía se declara: la tumefaccion de los párpados es desde luego mas considerable que la de la conjuntiva; poco tiempo despues, se experimenta un derrame copioso de una materia amarilla que tira un tanto à verde, como en la blenorragia venerea; hay calentura, quejånse los enfermos de calor, de cefalalgia y de un vivo dolor en los ojos; aborrecen la luz y se observa algunas veces un principio de *hipopion* en la camàra anterior. En la segunda suposicion, la opthalmía se declara cuando el enfermo se inocula el virus venereo frotándose los ojos con los dedos, ó con un lienzo cargado de este virus; siempre son los síntomas indicados menos violentos en el segundo caso que en el primero.

La mayor parte de los prácticos piensan que, en el primer caso, sucede una verdadera metastasis; un transporte de materia gonorraica en los ojos, pero es-

(1) En ambos casos, la supresion del flujo blenorragico puede tener lugar; pero es la causa de la opthalmía en el primero, mientras que es tal efecto en el segundo. (Los traductores franceses.)

ta teoría no satisface igualmente à todos. En efecto la supresion repentina de la gonorrea no siempre es seguida de la optalmía puriforme de que tratamos; muy al contrario, esta afeccion es poco comun comparativamente à la frecuencia de casos de supresion inopinada de la blenorragia. En segundo lugar, jamas se ha visto que el venereo confirmado suceda à la pretendida metastasis del flujo gonorraico en los ojos, (1) en fin la optalmía producida por la inoculacion del virus blenorrayco, esto es, la que procede evidentemente del virus venereo, no amenaza jamas al órgano de la vista de una destruccion tan pronta como la que se dice ser el resultado de una metastasis gonorraica. Yo me decidiré mas bien à favor de los que miran este fenómeno como el efecto de un producto simpático entre la uretra y los ojos; à lo menos es cierto que existe una analogía de estructura entre la membrana interna de los párpados y la de la ureta, y que ambas son producciones de la piel. Si este efecto no se manifiesta en todos los casos de supresion inopinada del flujo blenorrayco, es sin duda porque no todos los individuos están dotados de las mismas simpatias, ó à lo ménos no lo están en un mismo grado.

Sea lo que fuere, luego que esta enfermedad se empieza à manifestar, es preciso apresurarse à aplacar la inflamacion, si se quiere evitar la opacidad de la córnea y la pérdida del ojo. Se sangrará pues abundantemente à los jóvenes y plétoricos, segun ya lo dije; se les prescribirá los laxantes suaves, las bebidas temperantes, baños tibios, ó à lo ménos pediluvios y la aplicacion de un vegigatorio en la nuca. Estará el enfermo en la cama, con la cabeza algo levantada, teniendo constantemente aplicado sobre los ojos un paño embebido en agua de vegeto mineral. Mas

(1) Bell hizo la misma observacion, en *Gonorrhœa virul.* tom. 1º cap. 16.

luego que se manifiesta el flujo puriforme se harán inyecciones en los ojos de agua de malvas, por medio de una pequeña geringuilla de marfil, para deterger las partes afectadas; estas inyecciones serán inmediatamente seguidas de la introduccion de algunas gotas de agua alcanforada, como si se tratase de curar la optalmía purulenta de los niños: se aplicará sobre el primero una cataplasma de pan con leche y azafran, que se renovarà cada dos horas; se inyectará la uretra con aceite tibio algunas veces al dia; introduciendo en este canal una candelilla simple con la idea de restablecer el flujo blenorrayco. (1) Despues de haber triunfado del período inflamatorio, que es fácil conocer por haber cesado la calentura, por la disminucion del dolor y la tumefaccion de los párpados es preciso, sin que sirva de obstaculo el que subsistan aun la dilatacion de los vasos capilares de la conjuntiva y el derrame, es preciso, repito, abandonar el uso de los tópicos emolientes y reemplazarlos por el de los colirios astringentes, tal como la disolucion de un grano de sublimado corrosivo en diez onzas de agua destilada de llanten, de la que se introducirá algunas gotas dos ó tres veces al dia, entre los párpados y el globo del ojo; sin embargo si esta preparacion pareciese demasiado irritante, se suavizará añadiendole una pequeña cantidad de mucilago de semillas de membrillo. La tintura thebayca es tambien un excelente medio. Parece inútil advertir que esta curacion solo tiene lugar en casos en que no se ha practicado el corte de la conjuntiva, pues despues de esta operacion es preciso abstenerse en todos los pe-

(1) Schmuker quiere que una mezcla de seis granos de ruibarbo en polvo y un escrupulo de nitro, ordenada cada tres horas, sea apropiada para restablecer la gonorrea suprimida repentinamente. Véase con este motivo, *las memorias de la sociedad de medicina de emulacion de París.* tom. V. pag. 449.

ródos de la optalmía, de los astringentes y estimulantes, à lo ménos de los mas activos.

La misma curacion conviene à la optalmía gonorrayca inoculada, con la sola diferencia que en esta, no es necesario emplear tópicos para restablecer la blenorragia en su sitio primitivo, y que los colirios blandos son mas eficaces que los líquidos: siendo de este número el unguento mercurial comun, la pomada antiopthalmica de Janin (1) etc.

A mas de la optalmia purulenta de los niños y la sifilitica, hay otra poco mas ó menos análoga que se manifiesta en todas edades y que evidentemente se propaga por contagio. En esta última clase es sin duda donde debe colocarse la optalmia que se manifestó entre las tropas francesas é inglesas en la espedicion de Egipto. Ware (2) asegura que esta terrible enferme-

(1) Es muy probable que el Sr. Scarpa atribuye à la consistencia del colirio lo que solo depende de su composicion. No es à su blandura à quien deben el unguento mercurial y el de Janin la eficacia que disfrutaron en la optalmia gonorrayca, y si al mercurio que contienen. Dupuytren muchas veces ha experimentado que esta optalmia resiste en gran manera al uso de los emolientes y de las sangrias; mientras que cede con prontitud à la introduccion en el ojo de algunos granos de mercurio dulce. Este polvo irrita desde luego: los ojos se ponen mas colorados, lágrimas y aun dolorosos, pero esta exacerbacion es pasagera; sigue en pos de ella la calma y el estado de los ojos mejora. Boyer dice igualmente hablando de la optalmia en cuestion, que cuando la inflamacion empieza à disminuir: conviene añadir siempre à los tópicos antiflogisticos algunas preparaciones mercuriales, ó hacer que el enfermo sufra un plan mercurial completo en el caso de que la optalmia sea el resultado de la inoculacion venerea. (Los traductores franceses.)

(2) *Remarks on the purulent ophthalmia*, London 1808. Se lee en esta obra que, siendo los naturales de una constitucion generalmente debil la optalmia contagiosa jamas adquiere en ellos el carácter inflamatorio agudo; y que por esta misma razon las sangrias y el uso repetido de los purgantes no les conviene. *Frank colleccion de opusculos de medicina práctica de la optalmia de Egipto.*

Desgraciadamente los médicos franceses é ingleses ignoraban que para favorecer la resolucion de la inflamacion, y limpiar los ojos es un contra estimulante muy útil, el colirio hecho con una disolucion de diez ó quince granos de tartaro stibiado en una libra de agua, de cuyo colirio

dad se propagó por contagio esto es, por el transporte de un virus específico (1). El mismo autor cree haber observado que en muchos europeos, que fueron acometidos de esta enfermedad, existía una simpatía particular entre los ojos y la uretra. Véanse cuales eran los síntomas: flujo purulento muy copioso en los ojos tumefaccion de los párpados, de la conjuntiva y del globo del ojo, predisposicion de la córnea à la opacidad y à la úlceraçion. Los medios mas eficaces, segun relacion del mismo autor, fueron los purgantes, las sangrias en los sugetos plétoricos (medios funestos à los habitantes del pais) y la pronta

dice Vasani haber sacado las mayores ventajas en la optalmía purulenta contagiosa de Ancona. Pero estos prácticos no estaban iniciados en los misterios de la doctrina de los *contra estimulantes*, sabian muy bien que un colirio, tal como el de que hablamos, inflamaba la piel produciendo pustulas y veguillas con mucha comezon; pero jamas podian concebir la idea de destruir el efecto de un estimulante con un irritante tan fuerte. Espero oír decir dentro de poco que se han curado optalmías inflamatorias agudas y crónicas con la tintura de cantaridas; pues que los partidarios de la oscura doctrina de los *contra estimulantes* sostienen no haber diferencia entre una optalmía aguda y una crónica. (a)

(a) Es claro que el Sr. Scarpa trata de ridiculizar la doctrina de los *contra estimulantes* de la que es un antagonista de los mas formidables y decididos. (Los traductores franceses.)

(1) Larrey no duda que la materia purulenta que fluyen los ojos inflamados, puesta en contacto con ojos buenos, sea muy susceptible de reproducir la optalmía: pero no es à esta causa à la que atribuye la propagacion de tan cruel enfermedad. Este modo de contagiar no le parece à la verdad bastante activo para esplicar los progresos de una afeccion que acometió à mas de tres mil soldados en el espacio de dos meses y medio. Ha procurado buscar sobre el mismo hecho otras causas, y cree haber dado con ellas no solo en el calor abrasador del dia, la refraccion de los rayos del sol por la blancura de los cuerpos difundidos sobre el suelo de Egipto, el uso inmoderado de licores espirituosos y de mugeres, el polvo arrastrado por el aire; si que sobre todo à la supresion de la transpiracion cutánea por el repentino tránsito de calor à frio, y en la humedad y frescura de las noches. Asi es que la esperiencia enseñó muy luego à los soldados la necesidad de abrigarse con sus capotes, cubiertas y vestidos convenientes para preservarse de esta enfermedad. *Relacion histórica y quirurgica de la espedicion del ejército del Oriente en Egipto y en Siria* (Los traductores franceses.)

administracion de los colirios astringentes; en una palabra, la curacion era la misma que la de la optalmia gonorrayca de que hablamos anteriormente. Lo que confirma aun mas esta analogia, es que los tópicos emolientes fueron nocivos luego de manifestarse el derame, como generalmente lo son en la optalmia purulenta de los niños y en la siphilitica (1).

Hasta aqui he considerado la optalmia en sus dos periodos, esto es, en su estado de irritacion y en el de astenia. Sin embargo me faltan aun algunas observaciones que hacer sobre esta última: ¿y desde luego, la optalmia llegada ya à su segundo periodo, cede siempre sin dificultad al uso de los tópicos astringentes? Esto es sin duda lo mas frecuente; pero sucede algunas veces que por una combinacion de circunstancias particulares, se prolonga de un modo indefinido amenazando insensiblemente destruir el órgano que acomete.

Estas circunstancias ó causas principales son: 1.º un aumento de sensibilidad en el ojo, despues del primer periodo de la inflamacion: 2.º la influencia de una causa particular local mecánica ú otra: 3.º una diatesis humoral, identificada con la constitucion del enfermo.

Cuando la exaltacion de la sensibilidad se opone à la terminacion de la optalmia, no solo son inútiles los tópicos astringentes; si que nocivos; lo que es

(1) La curacion de esta optalmia descrita por el cirujano en jefe del ejército de Egipto, en nada se diferencia de la de las demas optalmias. En efecto esta curacion era relativa à cada especie de optalmia y à los principales sintomas que la acompañaban: era de la especie inflamatoria se ordenaba una sangria y sanguijuelas, segun la intensidad de la enfermedad y la constitucion del sujeto: y à proporcion que la inflamacion disminuia, se procuraba animar los colirios con algunas gotas de acetato de plomo, ó con una ligera disolucion de muriato de mercurio y de oxido de cobre concluyendo la curacion por una decoccion de corteza de granada ó una disolucion de sulfato de zinc. (Los traductores franceses.)

tanto mas notable, quanto mas eficaces son estos medios siempre que la optalmia dependa unicamente de la atonia de los vasos capilares de la conjuntiva. El enfermo se queja de la dificultad que experimenta al levantar el párpado superior; la conjuntiva queda amarilla; ponese rubicunda si el enfermo se espone à un aire frio y humedo, à una luz mas viva de la acostumbrada, ó si fatiga sus ojos leyendo ó escribiendo à la luz artificial; si es de una constitucion débil é irritable, si està sugeto à frecuentes cefalalgias à continuas vigiliass, à convulsiones, à espasmos hipocondriacos, à flautosidades, nadie dudará que la optalmia no esté sostenida por la exaltacion de la sensibilidad del órgano enfermo ò por un eretismo nervioso general.

Entre las causas de la segunda clase, comprendo no solamente la presencia de un cuerpo extraño procedente del exterior, sino tambien la vuelta hácia adentro de los pelos de los párpados ó de la caruncula lacrimal, la formacion de un absceso sobre cualquiera punto de la córnea, la úlceracion de esta membrana: la procedencia del iris, la úlceracion herpética del borde libre de los párpados, un vicio en la secrecion de las glándulas de Meybomio la estension morbosa de la córnea ò de todo el globo del ojo.

Es indispensable colocar en la misma clase la optalmia crónica, producida por un insecto, tal como el *pediculus ferox pubis* (1) que se pega algunas veces en la raiz de las pestañas y de las cejas. Puede leerse un hecho de esta naturaleza al fin del tratado de Guillemeau sobre las enfermedades de los ojos. Otros igua-

(1) Insecto de una media linea de largo, casi redondo, velloso, chato, sin alas y de color blanquizco, tiene sus pies armados en sus estremidades con dos ganchitos en forma de tenaza, con los cuales se agarra estrechamente á las partes mas vellosas del cuerpo humano, de cuya sustancia se alimenta, causando mucha picazon, conocido con el nombre de ladilla. (El traductor español.)

les se hallarán en el tomo XXIV. del diario de medicina de los Señores Corvisart, Boyer y Leroux (cuaderno de Agosto 1812.)

Ha pasado por mi mismo un ejemplo; y solo examinado atentamente con un lente las raizes de los pelos que forman las cejas y pestañas, pude descubrir la verdadera causa de una optalmia crónica, hasta entonces muy rebelde, pero luego que conocí su naturaleza, conseguí con la mayor prontitud la curacion, con las unturas de la pomada mercurial en el borde cibre de los párpados y en las cejas.

En cuanto á los vicios generales de la constitucion que alargan considerablemente la optalmia, los mas principales y comunes son la diatesis escrofulosa, el humor de las viruelas las herpes y la sífilis inveterada. Los sintomas propios á cada una de estas diatesis son tan conocidos que seria superfluo repetirlos en este lugar.

En en el primer caso, esto es, cuando la optalmia crónica está evidentemente sostenida por una exaltacion morbosa de la sensibilidad local ó general, no conozco medio mas eficaz que la quinquina unida á la valeriana. Se secundarán los efectos de este remedio por un alimento animal facil de digerir, caldos jaleatinosos y harinosos, baños frios por inmercion, y en particular de agua del mar; el comedido uso del vino, (1) un egercicio moderado, y el habitar en lugares en que se respire un aire sano y templado. Acer-

(1) Dijo Hipocrates: *oculorum dolores meri potio, aut balneum, aut fomentum, aut venæ sectio aut medicamentum purgans exhibitum solvit*: Aph. 31. sec. IVI. Aphor. 46 sec VII. Celso nos esplica este aforismo: *solet enim, dice, evenire non nunquam, sive tempestatum vitio sive corporis, ut pluribus diebus neque dolor, neque inflamatio, et minimæ pituitæ, cursus finiatur. Quod ubi incidit, jamque ipsa vetustate res mature est ab iis eisdem auxilium petendum est, balneo, ac vino. Hæc enim ut in recentibus malis aliena sint, quia concitare ea possunt, et accendere: sic in veteribus, que nullis aliis auxiliis ceserunt, admodum efficacia esse consueverunt.* lib. VII. cap. VI. art 8.

ca los tópicos; las sustancias que son à la vez sedativas y tónicas, son generalmente muy saludables; pero entre ellas, los vapores aromáticos espirituosos merecen la preferencia. El modo de obtener estos vapores es muy simple: tómate un pequeño vaso capaz de contener tres onzas de agua hirviendo, y añádase dos dragmas de espíritu volatil aromático (1); cubierto el vaso con un paño muy caliente, se recojen los vapores que se dirijen al ojo por medio de un embudo pequeño, ó bien se arrima simplemente el mismo vaso al òrgano afectado. Esta operacion se repetirà tres ò cuatro veces al dia por espacio de media hora cada vez, y se frotarán ligeramente los párpados y las cejas con el mismo *espíritu volatil aromático*.

Es de la mayor importancia el que los sugetos invadidos de esta enfermedad, eviten cuidadosamente, durante la curacion y aun despues de ella, el fatigar los ojos y violentar la vista. Si quisiesen leer ó escribir, tomaràn sus medidas para que siempre disfruten de un igual grado de luz; pues siendo esta demasiado fuerte ó debil es igualmente dañosa. Si se acostumbran al uso de los anteojos, jamás probaràn el leer ó examinar objetos pequeños sin el socorro de este instrumento. (2)

(1) *Essentia limonum*. *Dracmas duas.*
Olii nucis moschatae. essentialis. *Dracmas duas.*
Olii caryophyllorum aromat. essentialis. *Dracmam dimidiam.*
Spiritus salis ammoniaci dulcis. *libras duas.*
 distila igne lenissimo.

Las aplicaciones y lociones frias en los ojos, son dañosas á algunos individuos cuya debilidad en la vista proviene de un exceso de sensibilidad. Se hallan por lo contrario muy bien con las lociones tan calientes como pueda soportarlas el enfermo por medio de una esponja embebida en una decoccion de manzanilla. El uso de los vidrios de color es nocivo siempre que se continua por mucho tiempo. *Vease al fin del capítulo XIX.*

(2) La indicacion de que habla aqui el profesor Scarpa es de las

Cuando la optalmía procede de la presencia de una causa particular residente en los mismos ojos, es claro que el primer objeto debe ser el destruir esta causa. He dicho ya en los capitulos anteriores cuales eran los medios convenientes para llenar esta indicacion; lo que me queda que decir se completará en los siguientes. Me basta en este momento esponer los resultados de la esperiencia sobre la curacion de la optalmía crónica, mantenida por los vicios generales mas comunes.

mas importantes, asi lo manifiesta un gran observador. Es á la verdad incontestable que la exaltacion morbosa de la sensibilidad se opone en algunas ocasiones á la terminacion de la optalmía. Las ideas generalmente admitidas de la inflamacion, dan lugar á que no por lo comun los practicós hagan concurrir los narcóticos á la curacion de ella; pero los que estan acostumbrados á discurrir sobre las indicaciones curativas saben que, por mas dañoso que generalmente sea un medicamento en una enfermedad, puede suceder que aquella afeccion se presente con circuntancias tales, que se vea uno obligado á recurrir á este mismo medicamento. Asi pues el opio produce algunas veces muy buenos efectos en ciertas flegmasias; tales como las que van acompañadas de un dolor atroz, en especial si este dolor no está en relacion con los síntomas del flogosis: asi sucede con inflamaciones que ocupan órganos muy sensibles y muy irritables. Por esta razon los narcóticos convienen en la optalmía, transcurridos ya los síntomas inflamatorios demasiado violentos. Entra tambien el opio bajo diferentes formas en los mas de los colirios. Dice P. Franch positivamente que la solucion vinosa del opio produce excelentes efectos cuando la sensibilidad del ojo ha llegado á cierto grado: *Sed et ipsum opium in vino solutum egregio hic effectus habuisse conspectum est. Hinc vel tincturæ thebaycæ, vel laudani liquidî duas, tresve guttulas, semel in die, oculo instillare convenit: quo dolores quidem per breve tempus augentur; sed vi remediî tum excitante, tum sedante, melius interdum, quàm remedio quovis alio, tum in acuta, tum in chronica afeccione premisis in illa vene sectionibus, auferuntur.* (*De curandis hominum morbis. Mediolani 1813 tom. 2º pag. 78.*) El mismo Señor Boyer advierte que, en las optalmias crónicas, cuando los tónicos irritan el ojo, y por otra parte el enfermo es de una constitucion muy sensible, casi siempre es por una causa inherente al ojo por la que la optalmía está sostenida; en este caso es necesario recurrir á los tópicos calmantes combinados con los fortificantes, tales como los vapores antiespasmódicos y alcohólicos, y el laudano liquido. Se administrará al mismo tiempo, la quinquina y valeriana interiormente etc. Tratado de las enfermedades quirúrgicas tom. V. pag. 382. (Los traductores franceses.)

Adviertase desde luego como un hecho digno de fijar la atencion, que toda optalmía crónica, cualquiera que sea su naturaleza, escrofulosa, venerea, escorbútica etc. invade la membrana interna de los párpados particularmente sus bordes y la glándulas de Meybomio, mientras que la aguda, de cualquiera causa que provenga, ocupa con preferencia la porcion de la conjuntiva que cubre el emisferio anterior del globo del ojo.

No hay desgraciadamente especifico conocido contra las escrófulas; asi es que la curacion de la optalmía producida por esta diatesis es bastante limitada y es mas bien negativa que positiva; pues solo consiste en hacer conocer al enfermo lo que le será dañoso, y prescribirle lo que realmente le es útil. Todo lo que es debilitante favorece la optalmía escrofulosa: las sangrias, los purgantes salinos, los alimentos de difícil digestion como las carnes duras, saladas, ahumadas, y gordas, los vegetales crudos, las frutas verdes, los excesos en el estudio, la vida sedentaria, el habitar lugares húmedos y pantanosos, frecuentes variaciones en la temperatura atmosférica etc.: al contrario todo lo que fortifica, obra con mas ó menos energía contra la diatesis escrofulosa, y disminuye otro tanto la influencia que ejerce en los ojos, siempre que los síntomas inflamatorios sean moderados. Mas entre los tónicos, la quinquina merece una distincion particular; se dá en polvos, en infusion fria, en decoccion simple ò animada con la tintura volátil de guayaco (1), ò en electuario asociada con el cinabrio de antimonio y la goma guayaco (2) ó ma-

(1) Rec. *Decoct. cort. perev.* *unc. novem*
Aque melis. *unc. unam*
 Dividase en tres partes: tomará el enfermo una por la mañana, otra al medio dia, y la tercera por la tarde; añadase á cada toma cuatro ó cinco gotas de tintura de guayaco, para un niño de 10 años.

(2) Rec. *Chin. Chin.* *unc. duas.*

ridada con el extracto de cicuta (1). El etíope anti-
 monial á la dosis de medio grano al dia, luego á
 la de uno, dos, tres y hasta veinte, por el espacio de
 cincuenta dias consecutivos y aun mas; la segunda
 agua de cal cortada ó embotada con el caldo de po-
 llo, partes iguales, tomada por la mañana en ayunas
 luego mañana y tarde por espacio de algunos meses;
 un régimen apropiado y sostenido, son ademas me-
 dios de los cuales puede echarse mano con utilidad.
 Finalmente conviene tambien á los escrofulosos, los ba-
 ños de agua del mar, el hacerles por todo el cuerpo al-
 gunas fricciones mañana y tarde con franelas enjutas.
 Pero, lo repito, los tónicos no convienen sino despues
 de la resolucion de las obstrucciones de las visceras ab-
 dominales en las que reside el foco principal de la op-
 talmía en cuestion; en efecto es constante en la pràc-
 tica que los niños inficionados del vicio escrofuloso no
 curan de la optalmía sino á proporcion que disminu-
 ye el volumen del vientre.

Es muy pernicioso á estos enfermos el uso de los
 tópicos emolientes asi como el permanecer en lugares
 reducidos y oscuros; al contrario les alivian los colli-
 lios ligeramente astringentes igualmente que las locio-
 nes hechas con la decoccion de las hojas del beleño
 y las flores de malvas hervidas con leche, añadiendo

Cinnab. antimon. *unc. unam.*

Gummi gayac. *unc. semis.*

Syrup. cort. aurant. *Q. S. F. electuar.*

Un niño de 10 años tomará media cucharada de café tres veces al dia.

(1) De todos los medios preconizados contra la optalmia escrofulosa re-
 belde aquellos de quienes he sacado las mayores ventajas, en el inter-
 valo de las recaidas da la primavera y otoño, en los niños de cinco á
 siete años, son el ruibarbo á la dosis de 24 granos, todos los dias
 por espacio de cinco semanas, y luego la quinquina á la dosis de un
 escrupulo asociada con medio grano de extracto de cicuta: repitiendolo
 todo dos ó tres veces al dia, y continuado por otro tanto tiempo que
 el ruibarbo. Yo aumento gradualmente la dosis del extracto hasta seis
 granos al dia.

sele algunas gotas del agua vegetal mineral: lo mismo hay que advertir con respeto à la tintura thebayca de la farmacopea de Londres, y las pomadas en cuya composicion entra la tutia el bolo armenio ó el aloes aunque en corta cantidad, con el objeto de que no irriten demasiado. Es ademas muy util evitar toda clase de bendaje, à no ser un pedazo de tafetan para proteger los ojos; acostumbrar insensiblemente al enfermo à una luz moderada; hacerle respirar un aire libre, y obligarle à algun ejercicio de cuerpo. A beneficio de estos medios especificos, se destruye la optalmía, haciendola à lo menos mas llevadera.

Podia referir la historia de muchisimos enfermos encerrados en viviendas oscuras, y abandonados como incurables, mejorar sensiblemente su desgraciado estado bajo la influencia de los medios que acabamos de proponer; pero sobre todo por haberles apartado poco à poco de la oscuridad à que habian sido condenados, y haberles espuesto à la impresion de una fuerte claridad. Es digno de notarse que frecuentemente la diatesis escrofulosa se desvanece por si misma en la época de la puertad, mientras se desarrolla el cuerpo. Si este dichoso cambio sucede en sujetos acometidos de optalmías no es raro verla desaparecer à la par de la diatesis general. (1)

La optalmía varicolosa no es à la verdad ménos rebelde que la de que acabamos de hablar; entiendase aqui por optalmía varicolosa la que se manifiesta à consecuencia de la viruela, ó algunas semanas despues de la caida de las costras, como frecuentemente sucede. Los síntomas inflamatorios son terribles, y no es estraño que apesar del mas pronto y arreglado uso de los antiflogisticos, se haga esta optalmía obstina-

(1) Asi lo atestiguan las espresiones de Celso en el prefacio del libro 7.^o *Sicut in oculis quoque deprehendi potest, qui à medicis diu vexati sine his interdum sanescunt.*

da resistiendo á los astringentes mejor indicados.

Uno de los remedios mas eficaces en esta enfermedad es el sedal en la nuca sostenido su uso por algunos meses (1); despues de esto y cuando por medio de los polvos resolutivos (2), se ha desocupado el estómago y las primeras vias, he experimentado ser muy útil el que el enfermo tome por mañana y tarde una píldora de un grano de mercurio dulce con otro tanto de azufre dorado de antimonio y cuatro granos de cicuta para un niño de 10 años. Pero si el enfermo estaba dotado de una grande susceptibilidad local ó general, añadía con muy buen resultado, una mixtura compuesta de tres dracmas de vino antimonial de Huxham, y media de la tintura thebayca, que ordenaba por mañana y tarde á la dosis de cinco ó seis gotas á los niños de diez años mezclados con un vehiculo apropiado. Con respeto à tópicos, empleaba con ventaja los vapores aromáticos espirituosos del modo arriba indicado. Pero luego que la susceptibilidad de las partes volvía á tomar su estado natural, bastaba practicar frecuentes inmerciones de los ojos en el agua destilada de llanten animada con la sal de saturno y algunas gotas de espíritu de vino blanco en el que se hubiese disuelto un poco de azucar; la tintura thebayca de la farmacopea de Londres; el unguento optalmica de Janin u otro analogo: conformandose por todo lo demas con las reglas que prescribimos anteriormente. La misma curacion requieren las optalmías crónicas, resultantes del sarampion.

La optalmía crónica sífilitica no es mas que un sín-

(1) Fabricio de Hildano *Centur. 1. Observ. 41. Ejemp. 2.º 3.º*
 Diario de Medicina de Paris. Febrero 1789.

(2) R. *Cremor. tar. pulveris, unciam semis.*
Tartar. emeti, granum unum.
misce et divide in sex partes equales.

Para un niño de 10 años bastará el que tome una parte por la mañana y otra á la tarde.

toma extraordinario del venéreo confirmado. Presenta esta optalmia de particular que da sus primeros pasos, por decirlo así, clandestinamente, no va acompañada de síntomas inflamatorios muy manifiestos, y se establece con lentitud: relaja poco à poco los vasos de la conjuntiva y de la membrana interna de los párpados; ocasiona la caída de las pestañas y acaba por acarrear la opacidad de la córnea. Llegada à su mayor grado de intensidad, escita un prurito en los ojos que se aumenta considerablemente por la tarde y noche disminuyendose por la mañana para aumentar al anochecer: tal es por lo demas la marcha comun de todas las afecciones producidas por el venéreo confirmado; en fin esta optalmia jamás llega al grado de *chémosis*.

Supuesto de ser tan ligero y casi insignificante el período inflamatorio, es claro que en esta optalmia los antiflogísticos son de poca utilidad. Se empieza regularmente la curacion por los medios propios para combatir la sífilis, como las fricciones mercuriales una decoccion de la corteza del mecereon y la zarza (1). Es muy util la tisana de Pollini en especial cuando el mercurio no ha producido ningun efecto (2).

(1) *Cort. rad. mezereon. dracmam unam et sem*
Radicis zarzaparrillæ. uncias duas.
 Coque in aquæ font. lib. III. ijad reman lib. II. adde.

Lactis vacini recentis. uncias sex.
 tómaseen repetidas dósis en el espacio de 24 horas.

(2) *Corticum ligneorum (qui sequuntur cortisem viridem) nucum juglandis regie. uncias decem octo*
Radic smilax zarzaparrillæ.
Smilax chintæ — a a — unciam semis.
Sulphuret stibii native in petia ligata a a. unciam semis

Macerentur nocte in aqua, sequenti mane coque in libris octo apud vase clauso; deinde abjise petias, et coque residuum ad libras quatuor. Hujus decocti decantati, non filtrati, bibat æquer libram unam mane et libram vesperi; superbibendo mane in fusum althæ instar potus te hæti

Quandoque adduntur apices corticis et sepimenta nuclei—vel etiam, pro re nata.

Sin embargo cada dos horas, se inyectará entre el párpado y el globo del ojo algunas gotas del colirio ya dicho, compuesto de un grano de sublimado corrosivo disuelto en seis onzas de agua, de malvas, ò de la destilada de llanten añadiéndole un poco del mucilago de semillas de psillion, y por la tarde se empleará el unguento optalmico de Janin y la tintura thebayca. Cullen en casos de esta naturaleza hacia un grande elogio del unguento citrino de la farmacopea de Edimburgo, suavizado con una doble ò triple cantidad de manteca de puerco; pero la esperiencia me ha convencido que resultan las mismas ventajas con la pomada optalmica de Janin. Por lo demas; si alguna complicacion venerea hay que nesecite la mayor prudencia en la administracion del mercurio, es sin duda esta de que se trata. Ordenado este remedio en grandes dosis, produce una irritacion àcia las partes superiores y con particularidad àcia la cabeza, que jamas deja de exasperar la optalmia y acelerar la pérdida total de la vista. Mas si apesar de todas las precauciones sugeridas por la prudencia, llegase à manifestarse este accidente, seria indispensable suspender por cierto tiempo las fricciones mercuriales, y prescribir algunos purgantes, baños ò lociones de agua caliente para limpiar la piel, trasladando al mismo tiempo el enfermo à otro aposento. En fin añadiremos por último que aunque el vicio general de la constitucion que sostenia la optalmia ya no existiera; aunque la inflamacion de la porcion de la conjuntiva que cubre el emisferio anterior del globo del ojo hubiera desapareci-

Carbonatis potassæ.

Abstineat æger à carnibus gravioribus, fumigatis, sale conditis, acidis vino etc. cæna sit brevis, in debilioribus decoctum detur parvis dosibus et sepius. grana decem

Esta es la composicion de la decoccion antisifilitica de *Pollini* vease la farmacopea de F. Swediaur. (El traductor español.)

do, quedan sin embargo con mucha frecuencia los bordes libres de los párpados cubiertos acá y allá de pequeñas úlceras que es preciso tocar muchas veces con la piedra infernal; en seguida se cubre la escara con una capa de aceite para obtener una cicatrización sólida y estable.

Algunas veces, particularmente de resulas de una *costra lactea*, estas úlceras tienen su asiento en la raíz de las pestañas. Para cauterizarlas convenientemente y poder pasear con facilidad la piedra infernal sobre los bordes de los párpados, es necesario ante todo arrancar los pelos uno á uno, del modo que se práctica para la curación de la tiña; luego por espacio de algunos días se hacen fomentaciones emolientes para calmar la irritación que resulta del arranque de las pestañas, y para hacer supurar algunas pústulas que se manifiestan en los bordes de los párpados de resultas de esta operación; se pasará una ó dos veces la piedra infernal á lo largo del tarso cubriendo la escara con una capa de aceite por medio de un pincel. Después de la caída de la escara, basta untar por algunas tardes la margen de los párpados con el unguento citrino, ó con la pomada de Janin, por ver cicatrizar en poco tiempo toda la serie de ulcerillas situadas á la raíz de las pestañas. Es de admirar que los pelos estraidos de los párpados se reproduzcan naturalmente, mientras que los que caen espontáneamente con motivo de una enfermedad jamás se rempazan. (1)

(1) Léase sobre este asunto la memoria del cirujano oculista Buzzi, añadida al número X de las memorias de medicina del Dr. Giannini. El autor mira la separación de las pestañas como el objeto principal de la curación de la especie de tiña de los párpados; dice que para cicatrizar estas ulcerillas basta introducir por el espacio de cinco ó seis días antes de acostarse, tres ó cuatro granos del unguento de cerusa entre los párpados. Si algunos meses después, añade, se manifestasen nuevas ulceraciones en la base de algunas de las nuevas pestañas es preciso arrancarla prontamente á fin de impedir que la enfermedad no se propague á las otras.

CAPITULO VIII.

De la nube de la córnea.

LA *nube de la córnea* es uno de los efectos mas molestos de la optalmía crónica. Conoceremos bajo esta denominacion, la enfermedad que forma el objeto de este capitulo, para distinguirla del *albugo* y del *leucoma*, ó de aquella especie de *mancha* de un parto de perla subido, densa, callosa, comunmente libre de inflamacion y producida por el derrame de una materia glutinosa en la substancia de la córnea ó por una cicatriz de esta membrana, efecto de úlceras ó heridas con pérdida de substancia. (1) La nube de la córnea consiste en un oscurecimiento reciente y superficial de esta membrana, que deja aun ver el iris y la pupila, apesar de la inflamacion crónica de que va acompañada. (2)

No están los enfermos absolutamente privados de la facultad de ver: sin embargo todos los objetos se les presentan como cubiertos de un velo ó de una nube.

Esta enfermedad se manifiesta de resultas de una optalmía crónica descuidada, ó mal curada, en sujetos de una constitucion floja, cuyos ojos están naturalmente débiles y cansados. Ya mas ó menos relajadas las venas de la conjuntiva, recibiendo diariamente una mayor cantidad de sangre, adquieren desde luego mas volumen que en el estado natural, concluyendo por hacerse irregulares, ó nudosas, desde sus troncos hasta las mas delgadas raices que culebrean

(1) Avicena lib. 3º tract. 2º cap. 17. *Scias quod albugo in oculo alia est subtilis, proveniens in superficie apparente et nominatur nebula; et alia est grossa, et nominatur albugo absolute.*

(2) Lam. 2. fig. 5. a

por la superficie exterior de la córnea. No es fácil averiguar si las pequeñas arterias experimentan la misma dilatacion en los lugares que corresponden à las ramificaciones venosas. Lo cierto es, que el regreso de la sangre por las venas varicosas de la conjuntiva es sensiblemente retardado por la atonia de estos vasos, por lo tortuoso de su marcha y por los pliegues que forma la misma membrana en los diferentes movimientos del globo del ojo.

Afortunadamente las raizes mas delgadas de estas venas son las últimas en hacerse varicosas, sea con motivo de la pequeñez de su calibre, sea porque la conjuntiva fuertemente adherida à la córnea sostiene las pequeñas puntas de las raizes venosas y no les permite dilatarse tan facilmente en la córnea como en el blanco del ojo. Al contrario, es muy comun esta dilatacion mas allá de la union de la córnea con la esclerótica pues que la conjuntiva naturalmente muy estensible adhiere debilmente al emisferio anterior del globo del ojo. Siguese de esta disposicion que en todos los casos de optalmía crónica rebelde, por relajados y varicosos que estén los troncos venosos, propiamente dichos, las raizes colocadas bajo la porcion de conjuntiva que corresponde à la córnea, no pueden prestarse al mismo grado de dilatacion, y asi esta solo tiene lugar cuando la relajacion general de la conjuntiva y la dilatacion de los vasos venosos que contiene, han llegado à su último grado.

Nada prueba mejor cuan grande es la resistencia que opone la union de la conjuntiva con la córnea à la dilatacion de los vasos venosos de que hablamos, que las optalmías violentas, y sobre todo el chémosis. Efectivamente en esta última afeccion, la córnea conserva casi siempre su transparencia, apesar de la dilatacion estrema de los troncos venosos, distribuidos en la porcion de la conjuntiva que cubre la es-

clerótica, tan grande es, lo repito, la adherencia de la primera de estas membranas con la córnea.

En otras ocasiones, cuando la dilatacion se estiende desde los troncos venosos á las raízes mas sutiles se observan en la superficie de la córnea algunas lineas rojizas, al rededor de las cuales luego se derrama un humor tenue y lacteo que enturbia la transparencia de la membrana. Esta mancha constituye la nube de la córnea, y manifestándose este fenómeno ya sobre uno ya sobre muchos puntos de esta membrana, siguese de aqui que la indicada enfermedad es en algunos casos única; mientras que en otros está formada por la reunion de muchos puntos nebulosos distintos, que perturban mas ó menos el ejercicio de la vision. El oscurecimiento de la córnea, que algunas veces se manifiesta durante el período inflamatorio de la optalmía grave *aguda*, se diferencia esencialmente de la opacidad producida por la *nube*. Realmente en el primer caso, la causa proxima de la enfermedad, consiste en un derrame de linfa concrecible derramada por las estremidades arteriales en las mallas de la córnea, ó bien en una pústula iuflamatoria que sucesivamente degenera en absceso ó en úlcera; mientras que la nube de la córnea se forma lentamente en la superficie esterna de esta membrana, durante el segundo período de la optalmía cuando da tregüas; esta afeccion va precedida de la dilatacion de los troncos venosos distribuidos en la conjuntiva que tapiza la escleróticas y de la de las raízes de estos mismos vasos, que corresponden á la superficie esterna de la córnea; en fin resulta del derrame de una serosidad clara en el espesor de la conjuntiva; hay que observar que este derrame, jamás forma un tumor sensible.

Siguese de lo espuesto, que en algunos puntos de la córnea en que se manifiesta la enfermedad de que tratamos, se percibe siempre en el blanco del ojo un

correspondiente manojillo de venas varicosas. (1) El número de estos hazes, es igual al de los puntos nebulosos que oscurecen la transparencia de este órgano. A primera vista se diría que cada uno de estos manojos ha obligado á que la sangre pase de la esclerótica á la córnea. Conservo el ojo de un hombre atacado de optalmía crónica varicosa y nube de la córnea; este hombre murió de una fluxion de pecho. Inyectadas las arterias y venas de la cabeza, hallé que la materia de la inyeccion (cera) de que estaban exactamente llenas las venas de la conjuntiva, habia pasado libremente á los troncos de los hazes venosos y de las raizes que serpentean por la superficie de la córnea, en el mismo punto correspondiente al sitio de la nube, mientras que en todo lo demas de la circunferencia de la córnea, la materia de la inyeccion se habia parado en sus bordes, sin que pudiese penetrar mas adelante con motivo de la intimidad de las adherencias de esta membrana con la esclerótica. Es verdaderamente curioso examinar este ojo con un lente; se observa una red vascular muy ligera formada por un sin fin de ramos venosos que se anastomizan de mil y mil maneras al rededor del disco de la córnea, sin traspasar esta linea, á escepcion de los que corresponden al sitio de la nube.

La enfermedad en cuestion, exige desde su manifestacion los mas eficaces y prontos socorros del arte. En efecto aunque no ocupe sino un espacio muy corto de la circunferencia de la córnea, si se la abandona, se estiende ácia el centro, y los puntos de las raizes venosas de esta membrana prestandose continuamente á una nueva dilatacion, llegan con el tiempo á hacer degenerar la conjuntiva que cubre la cara esterna de la córnea en una membrana opaca y com-

(1) Lam, 2. fig. 5. b.

pacta, que mortifica considerablemente el ejercicio de la vision, amenazando interceptarla completamente.

El objeto de la curacion, es el ecsitar los vasos varicosos de la conjuntiva à que se reduzcan hasta que vuelvan à tomar su natural calibre. Si no puede conseguirse, es preciso destruir la comunicacion de los troncos venosos de la conjuntiva con las raizes de estos mismos troncos correspondientes al lugar que ocupa la nube. Para llenar la primera indicacion, se emplearàn los tópicos corroborantes y astringentes, sobre todo la pomada de Janin de la que hablamos en el capitulo antecedente. Si la nube de la córnea principia y es de poca estension, estos medios comunmente son coronados de los mejores resultados; pero cuando ha llegado ya al centro de la córnea, cuando la relajacion de la conjuntiva y de sus vasos es muy considerable, el mas pronto y eficaz de todos los medios, que hasta aqui hemos espuesto, consiste en el corte de los vasos varicosos (1) cerca de sus raizes; ó lo que es lo mismo, cerca de las nubes de la córnea. Por medio de esta operacion, en un instante se vacian los vasos varicosos de la sangre que contenian: se favorece la tendencia que tienen en volver à tomar su tono y dimensiones naturales, y se establece en los alrededores de la córnea una especie de coladera que facilita el paso à toda cuanta serosidad pueda haber derramada en el espesor de la conjuntiva que tapiza la córnea, ò en el tejido celular que une estas dos membranas.

Es admirable el ver con que rapidez la enfermedad desaparece despues de esta operacion; no es raro el que deje ya de existir à las 24 horas.

La estension que debe darse al corte de los vasos varicosos, es relativa à la de la nube, y al número

(1) Lam. 2. fig. 5. b.

de hazecillos venosos; sí solamente existe uno de estos, (1) solo hay que practicar un corte, pero si existiesen muchos à poca distancia uno de otro, el operante quitarà circularmente toda la estension de la conjuntiva hasta el disco de la còrnea; este es el medio mas seguro para incluir en el corte todos los vasos varicosos. Debo advertir que una simple incision de estos vasos no destruiria, à lo ménos sin que volviera, la comunicacion de los troncos con sus raizes. A la verdad, despues de esta incision, los dos bordes de la herida se separan dejando entre si un espacio bien sensible; pero despues de algunos dias, los orificios de los vasos divididos se aproximan, y se juntan en disposicion de volver à tomar su primera continuidad. De donde infiero que para sacar de esta operacion toda la ventaja que se puede prometer, es preciso quitar con el instrumento cortante una porcion de vasos varicosos y aun de la misma conjuntiva.

Si se quieren evitar los inconvenientes de una larga operacion, es preciso renunciar aquel método antiguo de atravesar, por medio de una aguja enhebrada con un hilo, los vasos varicosos; operacion fastidiosa para el enfermo, engorrosa para el profesor, y cuyo menor defecto es el ser superflua. Un ayudante inteligente aparta los pàrpados del ojo enfermo, y fija contra su pecho la cabeza del paciente; el operante con unas pinzas un poco finas coje muy cerca de la circunferencia de la còrnea el haz de venas varicosas lo levantá ligeramente llevandose lo con una porcion de la conjuntiva, por medio de unas pequeñas tingeras curvas; debe limitarse en dar al corte una figura semilunar, y concéntrica al disco de la còrnea.

Si existiesen muchos hazecillos varicosos, el ope-

(1) Lam. 2. fig. 5 b.

rante los levantará uno tras otro, quitandolos sucesivamente, ó bien si son en gran número y por consiguiente muy aproximados se llevará toda la conjuntiva hasta el borde circular de la córnea. Hecho esto dejará fluir libremente la sangre, facilitando aun el derrame por la aplicacion, sobre los párpados de una esponja embebida de agua tibia, con la que se continuará haciendo las fomentaciones hasta que cese la hemorragia.

Se cubrirá el ojo operado con un lienzo fino sujeto por un circular de venda, no abriendolo el hasta 24 horas despues de la operacion.

Sucede muchas veces en esta época que la nube de la córnea ha desaparecido completamente, ó á lo menos está de tal modo enrarecida que puede considerarse como que ha vuelto ya á adquirir su primera transparencia.

Sin embargo procurará el enfermo tener el ojo cerrado durante algunos dias; lo cubrirá con un lienzo fino, lavándolo dos ó tres veces al dia con agua de malvas tibia. Si sobreviniese inflamacion á la porcion de la conjuntiva que corresponde al blanco del ojo, lo que sucede á menudo en el segundo y tercer dia despues de la incision, se advertirá que la mayor parte del globo del ojo se cubre de un rojo mas ó menos intenso (particularmente cuando se ha practicado el corte de toda la conjuntiva) mientras que se forma un cerco blanquinoso al rededor de la córnea, que parece defenderla de la rubicundez inflamatoria del resto de la conjuntiva. Esta inflamacion, en pocos dias cede al uso de los antiflogisticos generales y locales, y toda la porcion de la conjuntiva interesada por el instrumento cortante se cubre de una capa de materias mucosas. En seguida esta superficie se reduce poco á poco, cicatrizandose por fin enteramente. Las fomentaciones de agua de malvas calientes al principio y

luego frias, son, à mi entender, el único tópicos que hay que emplear hasta que la cicatrizacion esté completa; los colirios astringentes son mas propios para retardarla que para favorecerla.

Concluida ya la obra de la cicatrizacion, no solamente la còrnea ha vuelto à tomar su transparencia, si que tambien la marchidez de la conjuntiva ya no existe ò por lo menos muy disminuida. Efectivamente, cualquiera extendimiento que haya sufrido, el trabajo de la cicatrizacion, no puede operarse sin egercer compresiones sobre esta membrana y sin que la ajuste en alguna manera à el globo del ojo; sin embargo, si sucediera que despues de la formacion de la cicatriz quedase aun un pòco arrugada, amarillenta y sembrada de vasos venosos que amenazasen hacerse varicosos, es preciso recurrir à los tópicos astringentes, entre los cuales me complazco en citar la pomada de Janin de la que ya he hablado tratando de la optalmía crònica.

Observacion vigésima séptima.

Clara Bellinzoni, de Belgioioso, de edad de 33 años, de una constitucion robusta, propensa desde su infancia à erupciones cutàneas principalmente en la primavera, fué atacada hace ya algunos años de una rubicundez en el ojo derecho, que se estendia del àngulo interno àcia la còrnea, resistiò à todos los tópicos que se emplearon: à los tres años esta rubicundez, producida evidentemente por un hazecillo de venas varicosas de la conjuntiva, se estendiò sobre la superficie esterna de la còrnea, de tal modo que la oscureciò en una cierta estension, ocultando mas de dos tercios de la pupila. La enferma solo distinguia los objetos por entre una nube; el ardor que sentia

en el ojo y sobre todo el temor de perder enteramente la vista la determinò à venirse al hospital.

La operé el 3 de abril 1797. Mientras que un ayudante tenia los párpados apartados, sujeté con las pinzas el grupo de vasos varicosos que se estendian del ángulo esterno del ojo àcia la córnea hasta sobre la porcion de la conjuntiva que cubre esta última membrana. Reuní estos mismos vasos en un pliegue y los quité con las tijeras curvas tan cerca de la córnea, como fue posible de modo que pudiese dar à la incision la figura de una C, hecho esto dejé sangrar bien los vasos, y procuré ademas el derrame aplicando sobre los párpados una esponja empapada de agua tibia. Cubrí en seguida el ojo con una compresa y un vendaje contentivo.

Al dia siguiente los párpados del ojo derecho estaban un poco hinchados, colorados y como erisipelados, é igualmente el lado derecho de la cara; habia calentura y el calor de la cutis era mayor que en el estado natural; síntoma á que estaba sujeta la enferma desde algunos años, pero que hasta aqui habia tenido oculto.

Prescribí una rigurosa dieta y ordené à la enferma por espacio de algunos dias, una libra de decoccion de raiz de grama, en la que le hacia disolver un grano de tartaro stibiado. Le hize aplicar al mismo tiempo saquillos de yerbas emolientes en los párpados cuya hinchazon y tension me impidieron examinar el estado de la córnea.

Al octavo dia subsiguiente al de la operacion terminó la erisipela por descamacion. Desde entonces la enferma abrió fácilmente los ojos y la córnea se manifestó tan clara en toda su estension, que esta muger distinguia perfectamente los objetos.

La supuracion se estableció lentamente, no empleando por todo medicamento mas que las lociones de agua

de malvas hasta la perfecta curacion, Consolidada ya la herida de la conjuntiva prescribí el uso repetido muchas veces al dia del colirio vitriolado, vigorizado con una corta cantidad de espiritu de vino alcanforado. Este colirio volvió à la conjuntiva toda su energia y à la còrnea toda su trasparenca. La muger que ha sido el objeto de esta observacion saliò del hospital perfectamente curada, un mes poco mas ó menos despues de la operacion, y à los primeros dias de Mayo.

Observacion vigésima octava.

Juan Bonfasani, de Saint-Lanfranco, de edad de 50 años, fue acometido, quince años antes del accidente de que yo me propongo hablar, de una optalmía aguda muy grave en ambos ojos; optalmía cuya terminacion dejó sobre la porcion inferior de la cornea del ojo derecho un albugo de poca estension, pero incurable. El ojo izquierdo volvió à su estado natural; pero el derecho jamás dejó de presentarse sembrado, en todas direcciones, de vasos varicosos. Un hazecillo de estos vasos situado en el ángulo esterno mas considerable y saliente que los otros, se estendió de tal modo, en el curso de muchos años, que aproximandose à la còrnea, la invadiò y produjo en ella una nube por entre la cual el enfermo distinguia dificilmente los objetos. Otros vasos amenazaban tambien hacerse varicosos, lo que ocasionaba al enfermo una comezon incomoda y un continuo lagrimeo.

Emprendí la curacion de este enfermo el 8 de Mayo de 1798. Mi primer cuidado fue quitar los vasos varicosos que ocasionaban la nube de la còrnea, facilitando en seguida el derrame de sangre por medio de las fomentaciones de agua tibia.

El dia siguiente la nube de la còrnea habia casi

enteramente desaparecido. El enfermo se quejaba de pesadez de estómago y amargor de boca; le hice tomar por intervalos una libra y media de decoccion de grama, à la que habia hecho disolver una dracma de tartaro soluble (tartrate de potasa) y un grano de tartaro stibiado: esta tisana promovió algunas deposiciones que aliviaron al enfermo.

En el espacio de quince dias la herida de la conjuntiva se cicatrizó; solamente se la lavé con agua de malvas. Sin embargo creí debia usar el colirio vitriolado, al cual hice añadir un poco de espiritu de vino alcanforado. El enfermo hizo uso de él durante quince dias, con tan buen resultado que la córnea volvió à tomar toda su transparencia; menos en los parages que ocupaba el albugo, que era incurable, segun ya dije; no obstante el enfermo veia aun bastante bien con este ojo, y salió del hospital 36 dias despues de la operacion. Hay que observar que à escepcion de los cuatro primeros dias subsecuentes à la operacion Boufasani no ha guardado cama.

Observacion vigécima nona.

Raffa de Genzone, de 17 de edad, de una débil constitucion, desarreglada en sus menstros, en otro tiempo muy propensa à fluxiones de ojos, entrò en el hospital el 2 de Enero de 1799 para curarse de una nube de la cornea del ojo izquierdo; està afeccion hacia dos meses que iba acompañada de escozor, de lagrimeo y oscuridad de la vista.

La nube ocupaba poco mas ó menos los dos tercios del disco de la córnea y provenia patentamente de un ancho manajo de vasos varicosos que partian del ángulo esterno del ojo. Se veia ademas en la superficie de esta misma nube un punto mas denso mas blanquecino y mas opaco que lo restante de su estension.

Cogí este manojó con las pinzas, y lo quité con las tijeras curvas, insiguiendo las reglas espuestas, favorecí despues el derrame de sangre con las fomentaciones de agua tibia.

Apenas habian trascurrido 24 horas cuando levanté el primer aparato, y la nube de la córnea habia casi desaparecido enteramente. El ojo fue labado muchas veces al dia con agua de malvas, y cubierto con un lienzo para privarle la impresion del ayre y de la luz.

Al tercer dia la herida empezó à supurar sin presentar ningun síntoma desagradable y en el espacio de catorce dias la cicatriz se consolidó. El colirio vitriolado cuyo uso fue continuado por algunas semanas terminó la curacion. La córnea volvió à tomar toda su trasparencia menos en el lugar en que ya dije existia un punto mas denso y mas opaco que en lo restante de la nube.

Observacion trigésima.

Jacob Deamici de Pavia, tejedor, de 52 años de edad, giboso, flaco, sufría desde muchos años una optalmia crónica del ojo derecho, que casi le privaba enteramente la facultad de ver de este lado. Cuando entrò en el hospital el 2 de Diciembre 1794 estaba en un estado tan deplorable que nada casi podia esperarse de los socorros del arte. Efectivamente la córnea estaba nebulosa y salpicada por todas partes de puntos blanquecinos profundamente opacos; los vasos de la conjuntiva estaban dilatados y relajados por toda la circunferencia del ojo, desde donde se prolongaban bajo la figura de líneas rógizas.

Sin embargo emprendí la curacion de esta enfermedad: me llevé pues con las tijeras curvas todos los vasos varicosos de la conjuntiva y esta misma mem-

brana siguiendo la circunferencia de la córnea; esta operacion fué seguida de una considerable hemorragia, y el dia siguiente hallé la córnea mucho menos nebulosa que en el anterior. Del 4 al 29 de Diciembre solo se encargó al enfermo que lavara el ojo operado con agua de malvas y lo pusiera al abrigo del contacto del ayre y de la luz, cubriendolo con una compresa: estuvo constantemente sin guardar cama.

En la época indicada, la cicatriz era completa, y la córnea habia vuelto à tomar, por decirlo asi, su primera transparencia à escepcion de dos puntos densos y blanquecinos del tamaño do una punta de alfiler. El enfermo hizo uso con buen éxito, por espacio de algun tiempo, del colirio vitriolado, y despues se le despidió del hospital.

Observacion trigésima prima.

Domingo Robola, de oficio zapatero natural de Pavia, edad 40 años, muy aficionado al vino, entrò en el hospital de Clinica el 22 de Junio de 1795 con motivo de una optalmía crònica de ambos ojos que llegó à impedirle continuar su oficio.

Esta enfermedad habia empezado, seis años habia por una rubicundez y comezon en los ojos, acompañada de infarto y pústulas en los bordes libres de los párpados. Por una indolencia harto comun en la plebe, Robola descuidò su enfermedad hasta que casi perdió enteramente la vista. La conjuntiva de ambos ojos estaba bastante relajada y los vasos sanguíneos dilatados y varicosos, pasaban mas allà de los bordes de la córnea y se estendian visiblemente hasta debajo de la porcion de la conjuntiva que cubre esta membrana; la misma córnea estaba nebulosa y empañada; los párpados infartados y las glandulas de Meybomio mas desarrolladas que en el estado natural.

Prácticué el corte circular de la conjuntiva en ambos ojos; operacion fácil con motivo de la relajacion de esta membrana, que comodamente permite cojerla con las pinzas y levantarla en forma de pliegue al punto de union de la córnea con la esclerótica. Hecho esto, promoví el derrame de sangre con las fomentaciones del agua tibia y despues por la aplicacion de yerbas emolientes.

El dia siguiente la córnea se manifestó bastante despejada en ambos ojos: dos dias despues el enfermo se quejó de nauseas y amargor de boca; le ordené una libra de decoccion de grama en la que hice disolver dos dracmas de cremor de tartaro (tartrate acidulo de potasa) y un grano de tartrate antimomial de potasa para tomarlo en intervalos. La misma prescripcion se repitió dos dias despues con grande ventaja del enfermo.

La supuracion no se manifestó hasta ocho dias despues de la operacion. Se hicieron las fomentaciones con agua de malvas fría, se cubrieron los ojos con una compresa sujeta á la frente y veinte y dos dias despues la cicatriz era completa. Desde esta época el enfermo hizo uso mañana y tarde del unguento optalmico de Janin y del colirio vitriolado alcanforado durante el dia. En el espacio de catorze dias contando desde la última época la córnea de ambos ojos, pero con particularidad la del izquierdo, se despejaron de tal modo que el enfermo distinguia muy bien los objetos, y se halló en estado de volver á emprender su oficio.

Observacion trigésima segunda.

Al 12 de Abril de 1796 se recibió en nuestro hospital á un mendigo, de edad de 50 años poco mas ó menos: tenia en la córnea del ojo derecho una nube

efecto de una optalmía crónica rebelde que hacia dos meses habia adquirido un nuevo grado de intensidad à causa de una erupcion cutànea que se manifestó, particularmente en el lado derecho de la cara. La còrnea parecia, segun dije, superficialmente nebulosa; y un poco mas arriba de su centro se veia un punto blanquecino y mas opaco que lo restante. Los vasos sanguíneos de la conjuntiva estaban flojos y varicosos dirigiéndose desde todos los puntos de la circunferencia de la conjuntiva à la superficie anterior de la còrnea; los bordes libres de los pàrpados estaban hinclados, el ojo làgrimoso y lagañoso.

El corte de la conjuntiva y de los vasos varicosos dió lugar à un derrame de sangre muy abundante; y el enfermo que antes se quejaba de un fuerte escozor en el ojo se hallò muy aliviado. Se le aplicaron en los ojos las cataplasmas emolientes.

El dia siguiente, se manifestó la còrnea mas despejada de lo que se debia esperar.

Tres dias despues; las glándulas de Meybomio segregaron una grande cantidad de mucosidad igualmente que la herida de la conjuntiva; con frecuentes lociones de agua de malvas se remediò este accidente. Sin embargo la còrnea se hacia diariamente mas trasparente lo que no me impidió disponer se le aplicase un sedal à la nuca para desviar mas eficazmente la fluxion que se apoderaba de los ojos.

Tres semanas despues que la herida de la conjuntiva estaba ya bien cicatrizada, empezé el uso de la pomada de Janin y de el colirio vitriolado: estos medios empleados para la curacion desobstruyeron las glándulas de Meybomio y volviendor à la conjuntiva su perdido tono. El punto lanquecino, situado un poco por encima del centro de la còrnea, quedó tal como estaba; pero no ocasionaba un grande obstaculo à la vision.

CAPITULO IX.

Del Albugo y del Leucoma.

DIFERENCIANSE esencialmente el *Albugo* y el *Leucoma* de la nube de la córnea; esta proviene, según dije en el capítulo anterior, de una optalmía crónica, acompañada de relajacion y dilatacion pasiva de los vasos venosos de la conjuntiva y del derrame de una serosidad láctea entre las ojas de esta membrana en lugar que las dos primeras afecciones son el resultado de una optalmía aguda grave que hace exalar de las estremidades de los vasos arteriales una linfa densa y concrecible entre las láminas que componen la córnea; ó bien son el resultado de una cicatriz dura y callosa de la córnea, consecuente à una úlcera ó herida con perdida de sustancia. El nombre de *Albugo* conviene especialmente al primer caso y el de *Leucoma* al segundo; sobre todo si la cicatriz ó la mancha densa y dura ocupa la mayor parte de la córnea (1) El *Albugo* reciente resultante de una inflamacion violenta, combatida dichosamente por los antiflogísticos locales y generales, se presenta bajo la forma de una mancha de un blanco de leche claro, situada sobre la córnea; esta mancha envejecida adquiere el color de una tierra gredosa blanca, ó el de una perla. Entre los albugos inveterados, se hallan

(1) Por mucho tiempo se han usado los nombres de *Albugo* y *Leucoma* bajo el mismo sentido, solo en estos últimos tiempos se ha tergiversado la verdadera significacion del último, se aplica unicamente à las manchas de la córnea producidas por una cicatriz. Es preciso conformarse con la costumbre. (Los traductores franceses.)

algunos que no parece tengan la menor relacion con el sistema vascular de la córnea, pues que existen aislados en el centro de esta membrana trasparente por todas partes, que no tienen ninguna relacion con los vasos de la conjuntiva, que no acarrear ninguna alteracion en el resto del ojo, y que la naturaleza no procura ningun medio de absorcion.

El Albugo reciente, con tal que la córnea no esté desorganizada, se disipa muy amenudo à beneficio de los medios usados en el primero y segundo período de la optalmía aguda, esto es por los antiflogísticos al principio, y despues por los tópicos astringentes y ligeramente irritantes. Escitados los vasos absorventes por estos últimos medios, entran en accion, operan sobre la materia del derrame que constituye al albugo, y la córnea vuelve à tomar su transparencia. Por otra parte esta membrana tiene mucha afinidad con los ligamentos: dotada de poca vitalidad, y desprovista de vasos sanguineos, solo al inflamarse es cuando manifiesta señales evidentes de sensibilidad; asi en esta membrana como en las partes ligamentosas, la inflamacion es tardia en resolverse, y vease aqui por que tan amenudo es seguida de infartos cuya resolucion no puede verificarse sino por los vasos absorventes escitados por los tópicos estimulantes.

Si es facil curar el albugo reciente, no sucede lo mismo con el crónico, cuando los vasos absorventes han perdido la mayor parte de su energia, ó cuando el derrame que se ha hecho entre las laminas de la córnea ha alterado profundamente el tejido de esta membrana. Que haya ò no sido absorbida la materia de este derrame, el tejido de la córnea profundamente alterado en este punto, es para siempre afectado de una mancha mas ó menos opaca.

Existe otra especie de albugo, efecto de la optalmía crónica varicosa, en la que no solamente los

vasos sanguíneos de la conjuntiva que tapizan la córnea, están dilatados desmedidamente, si que también los que entran en la composición de esta misma membrana. En esta especie de albugo el derrame que se hace entre las láminas de la conjuntiva es más bien sanguíneo que linfático, de modo que si con el instrumento se separan los vasos varicosos que corren de un cabo á otro de esta membrana se logra fácilmente la evacuación instantánea de los vasos que pasan á la córnea, vuelven luego á llenarse de nuevo, porque comunican con otros vasos más pequeños situados profundamente en el mismo tejido de la córnea. La prueba de esto, es que si se practican pequeñas punciones en el ojo, la sangre sale como si se estrujase una esponja. Esta especie de albugo producido por el exceso de dilatación de los vasos superficiales y profundos de la conjuntiva y de la córnea, resiste á todos los medios preconizados hasta aquí para restablecer la transparencia de la córnea, y aun al mismo corte de los vasos varicosos y al empleo de los tópicos astringentes y corroborantes.

Las favorables condiciones para el tratamiento y por consiguiente á la curación del albugo, son que la enfermedad sea reciente, sin desorganización de la córnea ni de la porción de la conjuntiva que la cubre, y que los sujetos que están acometidos de ella, sean aun de tierna edad ó dotados de una buena constitución; se concibe en efecto que á esta edad y en personas robustas, el sistema absorbente disfruta de una grande energía, y es fácil excitar las funciones á beneficio de estimulantes. He visto muy amenudo en los niños, de resultas de una violenta optalmía varicolosa, estas manchas de la córnea permanecer después de la inflamación, y disiparse luego insensiblemente en el espacio de algunos meses por los socorros del arte, y aun espontáneamente en cosas que

yo no esperaba. Heister (1) Langguth (2) Richter (3) han observado lo mismo: Solo puede atribuirse à la verdad este fenómeno, à la energia de que disfruta el sistema linfatico en la infancia, y à la integridad fisica de la córnea.

De todos los remedios locales propios á activar las funciones del sistema absorbente en el albugo reciente libre de inflamacion, y en el albugo crónico, aquellos de quienes he sacado las mayores ventajas son el colirio azulado (4) el unguento hecho con el oxido de zinc, el aloes, el mercurio dulce y la manteca fresca (5) la pomada de Janin, la hiel de Buey, de obeja, de sollo, del barbo, de las que se aplica una pequeña cantidad en la córnea dos ó tres veces al dia con un pincelito suave, para no ocasionar una irritacion demasiado viva. La hiel de buey y la de obeja son mas estimulantes que la de los pescados. (6) En algunos sujetos, cuyos ojos muy sensibles no podian soportar los tópicos que se acaban de indicar, he empleado con buen resultado el aceyte de nueces un poco rancio del que hacia echar dos ò tres gotas cada dos horas por el espacio de muchos meses seguidos; en otros he usado tambien con buen exito el

(1) *Institut*, Chirurg. tom. I. cap. 58

(2) *Disert. de oculorum integritate improvide puerorum etati sollicité custodiandá.* parrafo 21.

(3) *Elem. de. Chirurg.* tom. III. cap. 4,

(4) Es una disolucion de dos escrupulos de sal amoniaco y cuatro granos de acetate de cobre en ocho onzas de agua de cal: dejase mascarar por 24 horas y filtrase.

(5) *Recr tutie s. p.* *decem unam.*

Aloes s. p. Mercuri dulcis. *a. a. grana duo.*

Butyr. resent. *unciám semis m. f. unguentum.*

(6) Hase dos mil quinientos años, que siempre se ha empleado con buen resultado para la curacion del albugo los tópicos estimulantes. Pero solo en nuestros dias se han apreciado justamente los principios de este método fundado sobre las nociones exactas que tenemos de las funciones del sistema sanguineo y de los vasos absorbentes asi en el estado fisiológico como pathológico.

zumo de la centaurea menor suavizado con un poco de miel, igualmente he empleado utilmente en algunos otros un linimento compuesto con dos drácmas de aceite de nueces, media de hiel de buey y dos granos de sal de asta de ciervo (subcarbonate de amoniaco). Generalmente por poco que parezcan favorables las circunstancias para la curacion del albugo, conviene insistir por mucho tiempo, esto es, de uno dos ó tres meses seguidos en el uso de los medios generales y locales que se consideren mas apropiados à la naturaleza del caso y à la sensibilidad particular del ojo enfermo, antes de perder toda esperanza de buen exito y declarar la enfermedad por incurable.

En cuanto los medios propuestos hasta aqui contra el albugo inveterado, llamado tambien leucoma, y contra el que resulta de la formacion de una cicatriz, teniendo por objeto todos estos medios el raer la córnea, perforarla, ó formar en el mismo parage del leucoma una úlcera artificial son enteramente inútiles: han sido inventados por hombres que desconocian nuestro arte y ensalzados por el charlatanismo. Seguramente cualquiera medio que se emplee para disminuir el espesor de la córnea, es imposible volver à esta membrana la transparencia que ha perdido; y aun quando inmediatamente despues de la operacion se dejase atravesar per algunos rayos luminosos, esta ventaja solo seria momentanea, pues que la cicatrizacion de la herida produciria infaliblemente la opocidad. Finalmente se comprenderá que la úlcera artificial establecida en el sitio mismo del leucoma podria ser útil, si la enfermedad solo estuviese formada por un derrame linfatico; pero la observacion ha manifestado que el leucoma que es efecto de una cicatriz resulta del derrame de un humor espeso, y de la desórnicacion del tejido interno

de la còrnea. En esto sobre todo, repito que consiste la diferencia que existe entre el albugo y el leucoma.

CAPITULO X.

De la ùlcera y de la Còrnea.

LA ùlcera de la còrnea es el efecto bastante comun de la rotura de un pequeño absceso que se forma detras de la conjuntiva ò en la sustancia misma de esta membrana. Es digno de observar que la conjuntiva apenas se ùlcera sino en los puntos en que està tirante, como en los bordes ciliares de los párpados, en la superficie anterior de la còrnea, y en los puntos donde esta última membrana se reune con la esclerotia. Otras veces la ùlcera de la còrnea resulta de la accion de una sustancia corrosiva, ó de la de un pequeño cuerpo vulnerante como la cal viva, pedazos de vidrio ó hierro, espinas y otras causas de este genero.

El absceso de la còrnea và acompañado de los mismos síntomas que la optalmía violenta, y particularmente de una sensacion de tirantez en el ojo, la ceja, y nuca, de un calor ardiente, de un abundante làgrimeo, de una grande aversion á la luz, y de una rubicundez intensa de la conjuntiva y en particular á las inmediaciones del sitio donde reside el absceso.

Esta pequeña pústula inflamatoria se abre comunmente mucho despues de la formacion del pus, lo que la distingue de otras pústulas analogas que se manifiestan en la superficie del cuerpo. Ademas la esperiencia ha demostrado que para dar salida á la materia purulenta, no conviene abrir la pústula con la punta de una lanceta, ni con cual-

quier otro instrumento, como lo virifican la mayor parte de los cirujanos; pues aun cuando el abscesillo parezca haber llegado à su mas alto punto de madurez, la materia que contiene es tan tenaz y de tal modo identificada con la sustancia de la córnea, que no sale por medio la abertura artificial; al contrario esta abertura exaspera la enfermedad promoviendo à veces un nuevo absceso junto al primero. El medio mas seguro y simple es esperar que el absceso se abra por si mismo: sin embargo se favorecerà la ruptura por medio de los fomentos de agua de malvas con frecuencia repetidos, y por la aplicacion de cataplasmas emolientes.

En los mas de los casos la abertura espontanea del pequeño absceso la anuncia una ecsasperacion repentina de todos los síntomas inflamatorios, y especialmente por una sensacion de ardor insoportable en el punto de la córnea, que era antes el sitio del absceso. Esta sensacion se aumenta siempre que el enfermo mueve el ojo afectado, y aun los párpados. Por lo demas no nos admirarà este fenómeno si se reflexiona que en el punto de la córnea que ocupaba la pústula blanquecina, existe una pequeña escabacion que se hace visible mirando el ojo de perfil, ó al sesgo.

Los cuerpos estraños que no dividen sino una parte del grueso de la córnea, no dejan úlcera con tal que se les retire con prontitud: entónces los bordes de la herida se reunen facilmente y por primera intencion; mas los que quedan introducidos en esta membrana mas ó menos tiempo, los que se llevan una parte de su superficie y los cáusticos, producen desde luego una inflamacion, sigue à esta bien pronto la supuracion y finalmente la úlcera.

La úlcera de la córnea tiene de comun con las heridas úlcerosas de la piel, que desde su invasion

toma un color moreno ceniciento, su circunferencia es roja; los bordes irregulares é hinchados, su superficie transpira una materia acre é irritante que va acompañada de un dolor muy vivo y una predisposicion á aumentarse incesantemente en todos sentidos. Tal es fuera de esto el carácter; no solo de las úlceras de la córnea sino tambien de las que se manifiestan en el pezon, la glánde, los labios, la punta de la lengua, el tarso, la entrada del conducto auditivo, el de las narices, y sobre todo las partes del cuerpo cuya cutis es delgada, tirante, bastante sensible, y diversamente replegada.

Abandonadas ó maltratadas estas úlceras se estienen en poco tiempo destruyendo las partes que ocupan. Si la de la córnea se estiende en latitud, enturbia la transparencia de esta membrana; si en profundidad, esto es, penetrando la camara anterior, facilita la salida del humor aquëo y ocasiona la fístula de la córnea en fin haciendose mayor la abertura, además del derrame del humor aquëo se desarrolla otro accidente mas grave que la misma úlcera; hablo de la procedencia del iris, de la salida del cristalino y de la del cuerpo vitreo; y el globo del ojo entero està amenazado de la destruccion. No es raro ver este accidente en seguida de una optalmía gonorraica grave complicada de atonía de las partes afectadas: complicacion tanto mas funesta quanto que impide experimentar la accion de los remedios: asi es que la ulceracion llega hasta el caso de destruir enteramente la córnea apesar de los medios mas bien indicados.

Luego de manifestarse una úlcera sobre esta membrana, es de la mayor importancia detener prontamente sus progresos, ó cambiar el modo de vitalidad de la parte afectada; indicacion tanto mas ejecutiva, quanto que la dificultad de cambiar el procedimiento morboso à curativo està en razon de la estension, y de

la intensidad de la enfermedad; y aun cuando se consiguiese completar en poco tiempo la cicatrizacion de una grande úlcera el obstaculo que experimentaria la vista seria irreparable.

Por lo que hace á la curacion de esta afeccion, es un error grosero el creer que no se pueda hacer concurrir para su curacion ningun remedio estérno sin haber antes disipado, ó por lo menos disminuido considerablemente los síntomas inflamatorios. La esperiencia manifiesta lo contrario, enseña que es preciso ante todo aplicar en la úlcera los medios propios para disminuir el exceso de exaltacion de la sensibilidad de la córnea, y para limitar los progresos del trabajo morboso que se dirige á destruirla. Es pues preciso empezar la curacion por estos medios, y acudir en seguida á los antiflogísticos si por otra parte la inflamacion no se disipa á medida que la úlcera se inclina á su curacion; pues es incontestable que la optalmía está sostenida por la úlcera y no la úlcera por la optalmía (1) A la verdad luego que está afectuada la ruptura del abscesillo se exasperan los síntomas de la optalmía, aumenta la rubicundez de la conjuntiva é igualmente la dilatacion de los vasos sanguineos; pues la abundancia de sangre proviene de la exaltacion de sensibilidad en el punto ulcerado. Efectivamente luego que este exceso de sensibilidad cesa, ó disminuye; la optalmía en la misma proporcion disminuye; y si la úlcera llega á cicatrizarse, la optalmía se resuelve y desaparece espontaneamente, ó solo exige á lo mas, ácia lo último de la curacion, el uso de un simple colirio astringente continuado por algunos dias.

Es muy fácil cerciorarse de la verdad de esta ob-

(1) A menos que la úlcera se manifieste en el grado mayor de la optalmia aguda: en efecto la primera indicacion entonces es disminuir con la prontitud posible la violencia de la inflamacion.

serbacion. Se nos presentan todos los dias ulcerillas, no en la córnea, pero si; en los labios, en la punta de la lengua, en el pezon, en el glande que se cubren casi desde su origen de una capa cenicienta que determina una inflamacion al rededor del lugar que ocupan, produciendo una sensacion de escozor y de calor ardiente muy incomodo. Para disipar esta inflamacion procuro disminuir el exceso de sensibilidad de estas úlceras, cambiandoles su vitalidad, despues de la cual la irritacion desaparece sin que haya necesidad de hacer uso de los antiflogísticos propriamente dichos.

El cáustico es el mejor medio que se puede emplear en estos casos; destruye inmediatamente las estremidades de los nervios en el punto ulcerado, y acaba el esceso de sensibilidad de que es asiento; cambia la superficie cenicienta de la úlcera y el humor acre que ella fluye en una costra, ó mas bien en una escara que, parecida al epidermis, modifica la impresion de las partes vecinas sobre la misma úlcera; cambia su modo de vitalidad, determina el desarrollo de los mamelones carnosos y se verifica la cicatrizacion.

Para cauterizar la úlcera de la córnea, la piedra infernal es preferible à todos los otros cáusticos. Para usarla, se la corta en forma de lapiz y despues de apartados los párpados y bien asegurado el superior por medio del elevador de Pellier (1) se toca la úlcera teniendo la precaucion de apretarla suficientemente para producir una escara bastante espesa. Si con las lagrimas se disolviera una pequeña cantidad de nitrate de plata, se haràn inmediatamente embrocaciones de leche en el ojo.

Durante la cauterizacion el enfermo se resiente de un vivo dolor, pero queda suficientemente compen-

(1) Lam. 3. fig. 1.

sado por la calma que subsigue à la aplicacion del càustico. En efecto la sensacion de escozor que experimentaba, cede como por encanto; la secrecion de las làgrimas, y la dilatacion de los vasos de la conjuntiva disminuyen; mueve el enfermo el globo del ojo y los párpados sin trabajo, sufre una luz moderada y puede finalmente disfrutar de las delicias del descanso. Todas estas ventajas duran tanto como la escara se mantiene adherida à la superficie de la úlcera.

Luego que se cae, lo que regularmente sucede àcia el tercero ó cuarto dia de la cauterizacion, los primeros sîntomas de la enfermedad vuelven à despertarse y principalmente el sentimiento de calor y escozor en el punto úlcerao, el làgrimeo, la dificultad de mover el ojo y los párpados, y la aversion à la luz; pero todos estos sîntomas son mucho mas modificados que en el principio.

Es preciso volver à tocar la úlcera con el mismo càustico, repitiendo esta operacion si fuere necesario, esto es, si la úlcera està demasiado sensible, y si continua haciendo progresos. Cuando las cosas siguen su curso natural, à la caida de cada escara la sensibilidad morbosa del ojo se disminuye, la úlcera parece menor y menos profunda que antes, cambia su aspecto càrdeno y ceniciento en el color de una ligera lavadura de carne, indicio cierto que corre à la curacion; al mismo tiempo la hinchazon de los vasos disminuye, y la optalmia se disipa à medida que la cicatrizacion de la úlcera progresa.

Pero cuando los mamelones carnosos empiezan à desarrollarse, léjos de favorecer la curacion de la úlcera, se retardaria si se continuaba con la aplicacion de los càusticos. En efecto se contendria la vegetacion de dichos mamelones que deben formar la primera base de la cicatriz; se reproduciria la inflamacion, el làgrimeo y el dolor; y la úlcera volveria à tomar aquel aspec-

to amoratado, con los bordes hinchados y desiguales que antes tenia. *Necesse est*, dice Platner; *ut hoc temperata manu, nec crebrius fiat ne nova inflamatio, novaque lacryma his acrioribus concitetur.* (1) Luego que se ha restablecido la calma y que los mamelones celulares empiezan à desarrollarse, se debe evitar toda aplicacion cáustica, y limitarse al uso de un colirio compuesto de cuatro granos de sulfato de zinc y cuatro onzas de agua de llanten, añadiendo media onza de mucilago de semillas de membrillo. Se introducirán algunas gotas de este colirio entre los párpados y el globo del ojo cada dos horas, poniendo este órgano al abrigo del contacto del aire y de la luz cubriéndolo al efecto con una compresa sujeta por un circular de venda.

Quando la úlcera de la córnea va acompañada de un poco de relajacion de la conjuntiva y de sus vasos, nada es mas útil que la pomada de Janin para finalizar la curacion; la dòsis, y enèrgia de esta pomada varía segun la sensibilidad de los enfermos.

Hay escoriaciones de la córnea tan sumamente superficiales que no presentan ninguna escavacion, y que parecen únicamente formadas por la elevacion de la conjuntiva que tapiza la superficie anterior del ojo. No hay necesidad de recurrir al cáustico para disiparlas, basta el colirio vitriolado templado con el musilago, ù otro colirio ànalogo tal como una disolucion de sulfato de zinc en agua de rosas ò llanten añadiéndole una clara de huevo. Los síntomas que acompañan à estas escoriaciones son de muy poca importancia y se curan ordinariamente en poco tiempo si el enfermo usa de uno ú otro colirio, y precabe los ojos de la impresion de una luz demasiado activa y de las vicisitudes admosféricas.

(1) *Institutiones Chirurg.* 314.

Aquí concluye la historia de la úlcera de la córnea y de la curacion que en los mas de los casos le conviene; pero sucede algunas veces que por efecto de la violencia de la inflamacion ó por motivo, de su mal tratamiento; la úlcera ya muy estendida se transforma en una especie de fungosidad que se levanta por encima de la superficie de la córnea. Esta fungosidad parece sostenida por un pequeño haz de vasos sanguíneos, lo que hace se equivoque muy amenudo por un *ptérygion*. Abandonada à si misma, ò tratada con ligeros astringentes, ocasiona con frecuencia la pérdida total del globo del ojo. Es preciso destruir con prontitud esta escrescencia asi como los vasos que recibe: no hay otro medio para sujetar con prontitud los progresos de la úlcera. La primera indicacion es llevarse con las tijeras curvas por su plano toda la fungosidad teniendo la precaucion de dilatar la incision sobre la conjuntiva tanto como sea necesario para quitar igualmente con la fungosidad el hacecillo de vasos sanguíneos que va à parar allí, y que parece mantenerla. Hecho esto, se deja fluir la sangre, con vehemencia se aplica la piedra infernal sobre la herida à fin de producir una fuerte escara, à cuya caida se repite la aplicacion del cáustico hasta que la úlcera se cubre de mamelones carnosos y marcha à la curacion.

Para ejecutar esta operacion, no basta comúnmente levantar el párpado superior y bajar el inferior; es preciso que el cirujano à beneficio de una pequeña espátula mantenga levantado el párpado superior, mientras que con la mano derecha lleva el nitrato de plata à el fondo de la úlcera, manteniendola allí todo el tiempo necesario para producir una escara fuerte y profunda.

Desgraciadamente en los casos mas graves, no se puede calcular con exactitud la accion del cáustico, y

se está espuesto à destruir todo el espesor de la córnea queriendo destruir la fungosidad que se levanta de su superficie; accidente tanto mas grave, quanto va siempre seguido de la procedencia del iris. Sin embargo, por enfadosa que parezca à algunos facultativos esta complicacion no está fuera de los recursos del arte como lo manifestaré en el capitulo que trata de la *procedencia del iris*. En todos los casos el operante habrá cumplido con su deber si consigue formar en el lugar de la escrescencia una cicatriz duradera que se oponga à que renazca una nueva fungosidad, y à la destruccion total del globo del ojo. (1)

(1) Dos son las especies de úlceras que afectan la córnea: úlceras superficiales babosas, y úlceras profundas sordidas. Las primeras son mas bien simples escoriaciones de la lámina interna ó anterior de la córnea: su existencia la manifiesta un gran número de pequeños mamelones blandos que hacen aspera su superficie: esta conformacion es difícil de percibirse sin el auxilio de un buen lente, sin embargo un ojo práctico la distingue à primera vista.

Las úlceras de la primera especie no se pueden confundir con el *Leucoma* pues en nada se parecen. Tienen estas úlceras bastante estension en su superficie pero muy poca profundidad: no presentan segun se ha dicho sino una simple escoriacion ni manifiestan tampoco ninguna sordidez, à no ser que se extiendan hasta frente de la pupila en cuyo caso impiden la vision; incomodan muy poco al paciente por no exitar dolor ni supuracion manifiesta; caracteres que las distinguen de las de la segunda especie, unas y otras no obstante ocasionan una falta de lustre é igualdad en el punto de la córnea que ocupan.

La segunda especie de úlceras llamadas profundas sordidas, se distinguen generalmente por la menor estension de superficie teniendo à proporcion mas profundidad por la corrosion de muchas láminas de la córnea. El interior de su cavidad y el contorno de sus bordes que están cubiertas de una materia blanquecina que es una especie de pus fuertemente adherido que las constituye en el estado de sordidez; haciéndose crónicas comunmente no están exentas de dolor mas ó menos vivo en diferentes partes del globo ocular, cuyo sintoma aumenta algunas veces la inflamacion y esta la úlcera; siendo su forma comunmente ó semicircular ú obal.

La falta de conocimiento de los citados caracteres distintivos de ambas especies de úlceras han dado lugar à frecuentes errores en la práctica confundiendo con una nube ó leucoma lo que en realidad era una úlcera. La existencia del *Leucoma* hasta que se inflama y supura no ocasiona ni dolor, ni irritacion y lo único que incomoda, ademas de

Observacion trigésima tercia.

Antonio Carevo de Pavia, de 14 años de edad, á su entrada en el hospital se resentia un vivo dolor en el ojo derecho; la córnea de este lado estaba afectada

la deformidad, es el obstaculo que acarrea á la vision siendo mayor que en las úlceras: formanse es verdad algunas veces, úlceras sin haber antes precedido supuracion alguna, y se cree entonces equivocadamente ser un simple depósito ó leucoma; no obstante el pulimiento y lustre natural que conserva la superficie de la córnea, menos en el lugar que ocupa la infiltracion, desvanece este error. Esta circunstancia merece la mayor atencion, pues ella por si sola es suficiente para distinguir esta enfermedad y evitar toda equivocacion con las úlceras sordidas crónicas en las que existe la opacidad, la falta de lustre y aspereza en la superficie de la córnea. Basta examinar con toda atencion el globo del ojo mirandolo por un lado y oblicuamente para observar una cavidad resultante de la pérdida de substancia en el grueso de la córnea mas ó menos profunda segun el mayor ó menor número de láminas perforadas: de esta exacta observacion y de todo lo demas espuesto resulta un claro y distinto conocimiento que no permite confundir dichas enfermedades.

Determinados ya los caracteres distintivos de cada una de las especies de úlceras para no confundir las de una con las de la otra y distinguirlas del leucoma, propone nuestro sabio Dr. D. Antonio Gimbernat, honor de la *cirujia* española, un plan de curacion sencillo, poco doloroso y cuyas ventajas habrán visto realizadas los profesores, que hayan hecho uso de él; por mi parte puedo asegurar, que de las infinitas ocasiones que le he puesto en práctica en los catorce años que ejerzo la facultad; jamas he tenido motivo de arrepentirme, logrando siempre el dichoso resultado de una perfecta curacion, con la sencilla variacion de aumentar, ó disminuir la fuerza del colirio alcalino, segun la mayor, ó menor sensibilidad de los enfermos.

Dos circunstancias que constituyen dos variedades de la misma especie deberán modificar el método curativo propio para las úlceras superficiales babosas; consisten estas circunstancias en tener, ó no en su superficie unos pequeños mamelones blandos. Estos mamelones no existen en el primer periodo de su inflamacion, y solo presentan una superficie lisa, bien que no lustrosa, formandose algun tiempo despues; y entonces ponen erizada la superficie ulcerada. En caso que no existan dichos mamelones, siempre las he curado, dice el sabio profesor, con solo el colirio gumoso astringente que sigue, el cual usado repetidas veces al dia, opera la curacion sin causar irritacion ni dejar señal de cicatriz: Goma arabiga 1 drac. cocimiento de mirto-arrayan 3 onz. alumbre crudo pulverizado gra. 6 gra. disuélvase.

En el segundo periodo es cuando creciendo los mamelones, presenta

de dos úlcérillas que se habian manifestado de resultas de una optalmia de modo que se hallaba en peligro de perder el ojo.

la úlcera un carácter fungoso y entonces no basta aumentar la dosis del astringente en el citado colirio, ni ménos son eficaces los sulfates ni vitriolos; en este caso es indispensable mudarle la superficie esto es, destruir por medio de la piedra infernal los mamelones. Restablecida por este medio la úlcera á su estado de simplicidad primitiva: se puede entonces curarla fácilmente, usando del antedicho colirio.

La curacion de las úlceras de la segunda especie, llamadas profundas sórdidas, aunque un tanto mas complicada: no es sin embargo difícil. Se dijo hablando de sus caracteres y síntomas, que estas úlceras ocasionan dolor en diferentes puntos del globo ocular, que aumenta la irritacion é inflamacion, y que cuando es aguda y acrimoniosa se estiende la úlcera. En tales casos conviene ante todo hacer una pequeña sangria y administrar un calmante por la noche; el dia siguiente se ordena un ligero purgante salino, repitiendolo algunos dias sucesivos ó se hará alternar con el uso del calmante segun mejor convenga á la disposicion del enfermo; prescribiendole asi mismo una moderada dieta, refrescos y pedilubios: En este caso ni las sanguijuelas, ni los vegigatorios suelen aprovechar, antes bien perjudican y de ninguna manera son remedios propios para disminuir la inflamacion del ojo. Cuarenta años de práctica son en que funda nuestro Dr. Gimbernat la ineficacia de semejantes remedios en casos de esta naturaleza. Para calmar la inflamacion que debe ser el primer objeto el remedio local mas eficaz es la disolucion aquosa de la goma arabiga en la proporcion siguiente. Goma arabiga una dracma, disuelta en tres onzas de agua comun. El mucilago que se adhiera á la superficie interior de los párpados y megillas, volatizandose la parte aquosa de la disolucion con el calor del ojo inflamado, se secaria bien pronto y las moleculas que quedarian adheridas escitarian nueva irritacion. Este inconveniente se evitará lavando las partes inmediatamente con agua tibia que se lleva la goma adherida al cutis; se desvanece luego la inflamacion y por consiguiente la irritacion y el dolor. Conseguido este resultado se presenta la úlcera en su verdadero estado y puede observarse distintamente que su superficie está cubierta de una materia sórdida mas abundante que antes de la inflamacion, notandose ademas, una que otra vez que, con ella ha aumentado tambien la estension y profundidad de la úlcera.

El carbonate de potasa, sal de tártaro, es en este estado el que mejor opera la curacion de esta especie de úlceras; se prescribe la disolucion de esta sal en la dosis de un grano por onza de agua destilada al principio, aumentando sucesivamente la dosis del alcali á dos, tres, cuatro y hasta seis granos por onza de agua, á fin de acostumbrar gradualmente el ojo á la accion de este estimulante y precaber la inflamacion que necesariamente se escitaria si se aplicase indistintamente. En algunos casos raros, se vió el autor de este método en la precision de aumentar la dosis

Una de estas ulcerillas ocupaba el segmento inferior de la córnea y la otra estaba situada àcia el ángulo esterno del ojo. Ambas tenian un aspecto sórdi-

de la sal hasta quince granos por onza de agua antes de conseguir la total descomposicion de la materia sórdida que cubria las úlceras que estaban algo callosas. La disolucion deberá aplicarse dos ó tres veces al dia bañando igualmente con ella el ojo. El segundo ó tercer dia podrá aumentarse un grano la dosis del alcali, sino hubiese sobrevenido inflamacion, continuando sucesivamente hasta que no haya materia sórdida en la úlcera lo que es fácil conocer por desaparecer la mancha blanca, reemplazandola el color peculiar y natural de la córnea del que no difiere la úlcera á no ser por la parte que la falta de lustre y que no puede hallarse en un punto ulcerado. Si durante el uso de la disolucion alcalina sobreviniesen sintomas de irritacion, deberá suspenderse su uso ó bien disminuir la dosis de este colirio, siendo algunas veces suficiente alternarlo con el de la goma arábica para calmar la irritacion sin necesidad de suspender el uso del principal remedio que conviene emplear con constancia. A los pocos dias de haber conseguido que la úlcera esté limpia de toda sórdidez, se percibe que la naturaleza trabaja la cicatrizacion aproximando los bordes de la úlcera; al paso que se adelanta esta regeneracion se disminuirá la frecuencia en el uso del colirio alcalino substituyendole por el de la goma arábica, cuya disolucion se hará en el último periodo de la curacion con una ligera infusion de ojas de mirto para dar mas solidez á la nueva organizacion. En este estado se servia nuestro ilustre consejero Dr. Gimbernat, con la mayor utilidad, de una especie de javon gumoso muy propio para acabar la curacion sin dejar señal de cicatriz ni el menor defecto en las funciones de la vista; y consistia en una disolucion de dos granos de potasa con una dracma de goma arábica en tres onzas de agua comun.

La constante utilidad del indicado método de curar las úlceras de la córnea, está suficientemente acreditado por su autor, y sobre las muchísimas observaciones que podria citar parece bastará la de su hijo mayor que despues de tres años de habersele formado una ulcerilla en la parte inferior de la córnea del ojo derecho, miró con la mayor indiferencia por no ocasionarle dolor ni incomodidad á la vista. Habiéndole asegurado un célebre oculista de Londres que era solo una pequeña nube de la que no podia seguirsele ningun daño se vió sin embargo en Paris en 1793 acometido de una optalmia en ambos ojos; la del izquierdo desapareció despues de algunos dias mediante los remedios comunes, continuando con mas violencia la del derecho que era el de la úlcera crónica. En vano practicó cuanto le ordenaron los mas distinguidos profesores de aquella capital, los Sres. Demoueurs Grandjean y Wenzel pues todo se resistió al alivio de su mal y nada mitigó su sufrimiento, hasta que determinó á los quince meses de tentativas infructuosas renunciar todo medio; sin embargo subsistiendo y aun aumentando la irritabilidad del órgano, sin poder sufrir la impresion mas leve de luz natural ni artificial,

do y de color ceniciento. Los vasos sanguíneos de la conjuntiva, y en particular los que correspondian al lugar de las ulcerillas estaban bastante obstruidos. El muchacho se quejaba de vivos dolores en el ojo y la cabeza ofendiendole la luz aun la mas moderada.

Echado el enfermo de espaldas, con la cabeza un poco elevada, dispuse que un ayudante le levantase el párpado con el elevador de Pellier, mientras que con mi mano izquierda le bajaba el inferior, único medio para fijar convenientemente, en particular en los niños, el globo del ojo y poder cauterizar los puntos ulcerados de la córnea. Cauterizé pues lo bastante estas dos ulcerillas hasta producir una escara profunda, y lavé en seguida repetidas veces el ojo con leche fresca. Durante la cauterizacion dió el enfermo señales de un vivo dolor; pero media hora despues disfrutó de la mas perfecta calma en todos sentidos.

El dia siguiente, pudo sufrir la impresion de una luz moderada, y los vasos de la conjuntiva estaban

estendiendose ya la úlcera hasta el centro de la púpila, lo que le estorbaba la vision, se vió precisado á recurrir de nuevo á los socorros del arte, y á sus profesores que examinando repetidas veces la enfermedad y persuadidos de la existencia de un verdadero leucoma, declararon por único medio hacer un pequeño corte sin perforar la córnea, para separar la concrecion linfática; operacion que Wenzel se ofreció practicar. No obstante la confianza que le inspiraba la justa reputacion de este profesor, determinó consultarlo antes con su padre, remitiéndole al efecto una relacion circunstanciada y por la que se convenció este de que la enfermedad de su hijo era una úlcera sórdida crónica y no un leucoma; invitole pues á que pusiese en práctica el plan de curacion que se acaba de trazar por el que con solo el espacio de cuarenta dias tuvo el placer de que se realizase la curacion radical de su hijo; y á no haber sido preciso interrumpir por algun tiempo y en diferentes ocasiones, con motivo del exceso de sensibilidad del ojo paciente, el colirio alcalino, quizás se hubiera completado con mas premura la curacion.

En vista de todo lo espuesto puede inferirse cuan justamente se esclamaba nuestro sabio profesor de la necesidad de retificar las ideas generalmente recibidas acerca las úlceras de la córnea trasparente, y de reformar la práctica en un punto de cirugía que interesa á uno de los órganos mas útiles y nobles del cuerpo humano. (El traductor español.)

mucho menos dilatados que antes de la operacion. A los tres dias despues que se cayó la escara, se renovaron los dolores del ojo, pero con menos intensidad. Repetí la aplicacion del cáustico. Esta segunda operacion fue menos dolorosa que la primera. La repetí á los cuatro dias.

A la caida de la segunda escara las ulcerillas habian disminuido bastante y el fondo que era de un color de rosa estaba ya al nivel de la córnea. Substituí al cáustico el colirio vitriolado al que hice añadir una cierta cantidad de musilago de semillas de membrillo. En el espacio de quince dias, contando desde la época de que hablamos, las úlceras se cicatrizaron y se disipó la optalmía. Sin embargo para asegurar mejor el resultado de la curacion, dispuse que el enfermo continuase por un mes el uso del colirio, y que todos los dias antes de acostarse introdujera entre los párpados y el globo del ojo un poco de unguento de Janin.

Observacion trigésima cuarta.

Un niño de 11 años, mendigo, de constitucion débil y sujeto por intervalos à calenturas periódicas, fué acometido de una violenta optalmía del ojo izquierdo. Es preciso atender á que este ojo hacia ya algunos años que estaba muy sensible de resultas de las viruelas. Se formó un abscesillo entre las láminas de la córnea que abriéndose espontaneamente se convirtió en una ulcerilla sórdida, de color ceniciento, de forma oval que se prolongaba desde el borde interno de la córnea hasta casi el centro de la pupila. Este niño sufría mucho especialmente con la impresion de la luz, el lagrimeo era abundante, y los vasos de la conjuntiva muy obstruidos, principalmente ácia el ángulo interno del ojo. Cautericé las úlceras con la piedra in-

fernal limitando la accion de esta con las frecuentes lociones de leche y por la aplicacion de cataplasmas emolientes. El dolor causado por la operacion duró media hora poco mas ó menos sobreviniendo despues la calma, y el enfermo pasó tranquilo el resto del dia durmiendo toda la noche. El dia siguiente abria libremente los ojos y toleraba sin incomodidad la impresion de una luz moderada, habiendo disminuido considerablemente la optalmía y el lagrimeo.

Renováronse, á la caída de la escara, los primeros síntomas y con preferencia el dolor, la aversion á la luz y el lagrimeo. Se repitió con igual buen resultado que la primera vez la aplicacion del cáustico. A los tres dias se cayò la escara; la úlcera poco dolorosa parecia ya haberse estrechado y su fondo de un hermosa color de rosa estaba carnoso. Ordené el colirio vitriolado con el musilago de las semillas del membrillo; hize aplicar una planchuelita en el ojo para defenderle de la impresion del aire y de la luz, completandose en pocos dias la cicatrizacion. Sin embargo los vasos sanguíneos de la conjuntiva estaban todavia un tanto varicosos; cuando este niño fue acometido de una calentura terciana acompañada de frio convulsivo muy intenso. Detuve sus progresos á beneficio de la quinquina y algunas gotas de láudano, continuando ademas el uso del febrifugo en pequeñas dosis mucho tiempo despues de desvanecida la calentura. En cuanto á los tópicos, al uso del colirio vitriolado añadí el de la pomada de Janin que no contribuyó poco para volver á los vasos de la conjuntiva el tono que habian perdido y á hacer desaparecer aquel color que enturbiaba aun el blanco del ojo. La cicatriz de la úlcera se estendia hasta las inmediaciones de la pupila pero no la cubria: asi es que este niño no quedó privado por este lado de la facultad de ver.

Observacion trigésima quinta.

José Reale habitante de S. Leonardo, aldeano, de 22 años de edad, pleterico y muy robusto, fue acometido de una optalmía aguda en ambos ojos acompañada de calentura y dolores muy vivos. El séptimo dia despues de sangrado se hizo llevar à la clinica. El ojo derecho muy inflamado estaba afectado de una ùlcera superficial en el borde inferior de la còrnea y otra en el borde esterno de la còrnea del ojo izquierdo, esta apenas tenia la estension de un grano de mijo pero era profunda. El pulso del enfermo estaba duro, vibrante, la calentura era continua acompañada de náuseas.

Le dispuse en seguida otra sangria del brazo de diez y ocho onzas; otra al pie por la tarde, de doce, y le hice aplicar cataplasmas emolientes à los ojos. La noche la pasò menos agitada que las precedentes; el pulso se puso blando y undoso, y la piel hùmeda. Quejabase el enfermo continuamente de náuseas, le di un emético que promovió copiosos vómitos de materias biliosas, de modo que al cuarto dia de la entrada de este jóven en el hospital el período inflamatorio de la optalmía podia considerarse terminado. Toqué entonces las ùlceras de ambos ojos con la piedra infernal. El siguiente dia, con el objeto de entretener el vientre libre y la traspiracion, le ordené un grano de tartrite antimonial de potasa y dos dracmas de cremor tartaro en una libra de decoccion de grama para tomar à fractas dòsis en el espacio de muchos dias consecutivos.

La accion del càustico calmò el dolor de los ojos: caida la escara toqué las ùlceras tres veces en ocho dias y desapareció la optalmía. El fondo de la ùlcera del ojo izquierdo no tardó en cubrirse de granu-

laciones y en escederse del nivel de la superficie de la córnea; à la misma época que la del ojo derecho se hallaba cicatrizada. El colirio vitriolado con el mucilago de las semillas del membrillo, del que se echaban algunas gotas de dos en dos horas, fue suficiente para completar la curacion. Se inferirà que no extendiéndose la cicatriz sobre la púpila, no podia ocasionar ningun obstáculo al ejercicio de la vista.

Observacion trigésima sesta.

Una niña de dos años y medio, me fue presentada por su madre para consultarme sobre una opalmía del ojo derecho resultado reciente de la viruela confluyente. Observé en la parte de la córnea que mira à la nariz una pequeña úlcera del tamaño de un grano de mijo; y en la parte opuesta ó ácia el temporal un pequeño absceso incipiente.

Acto continuo cauterizé la ulcerilla. Se encargò à la madre le hiciese embrocaciones de leche en el ojo, y que llevase la enferma todos los dias à la hora de la curacion.

Despues de la cauterizacion la enferma se sintió muy aliviada por el espacio de tres dias consecutivos; pero à la caída de la escara los dolores del ojo se renovaron. Se tocò de nuevo la ulcerilla y al caer la segunda escara, esto es cuatro dias despues, la úlcera era tan pequeña y superficial que podia mirarse casi en el estado de entera cicatriz. Efectivamente, cuatro dias despues, sin otro recurso que el colirio vitriolado, la cicatriz estaba ya concluida.

El abscesillo, situado al otro lado de la córnea, y que hasta entonces habia permanecido estacionario, se hizo doloroso, se abrió, y degenerò en una úlcera parecida à la primera. La traté pues del mismo modo, ademas hize aplicarle un vegigatorio à la nuca, y

purgué á la enferma muchas veces, con el jarabe de chicorias con el ruibarbo. La herida fué cauterizada dos veces, antes que se cubriese de mamelones carnosos y que pareciese dispuesta á cicatrizarse. Completé la curacion á beneficio del colirio vitriolado, que se continuò exactamente por dos semanas: este colirio contribuyó poderosamente, no solo á la cicatrizacion de la segunda ùlcera, sino tambien á fortificar los vasos de la conjuntiva y á disipar la inyeccion que oscurecia aun el blanco del ojo.

Observacion trigésima séptima.

José Barbion, de Pavia, de 23 años de edad, si-llero, de una constitucion débil, espuesto por intervalos á calenturas intermitentes, fué acometido ácia fines de Setiembre del año 1796 de una erisipela en el lado derecho de la cara. Los párpados y la conjuntiva del mismo lado, estaban considerablemente hinchados. Este accidente desapareció en el espacio de diez dias por medio de la dieta y por la aplicacion en la cara de la corteza interior del sauco, segun la costumbre del pueblo.

Un mes despues habiéndole cojido á este jòven un viento seco y frio, el ojo derecho se inflamó de nuevo. Recurrió á los mismos medios que le habian aprovechado la otra vez; pero viendo que el dolor, el calor, la vigilia, el lagrimeo, la calentura y la aversion á la luz aumentaban diariamente, se vino al hospital.

Se observaba en la parte lateral esterna de la córnea, una pequeña ùlcera de una linea de longitud y de un cuarto de latitud, pero bastante profunda. No pudiendo en aquel momento disponer de una sola cama, cauterizé la ùlcera y volví á enviar el enfermo con las instrucciones necesarias para continuar la curacion. No volviò hasta diez dias, por consiguiente

mucho tiempo despues de la caída de la escara, asi es que estaba en peor estado que la primera vez. Admitido ya en aquel entonces en el hospital empecé por hacerle aplicar una cataplasma de miga de pan con leche en los párpados, á fin de disminuir la irritacion del ojo y de las partes adyacentes: lo purgué muchas veces con los polvos resolutivos, compuestos de cremor de tartaro y de tartaro stibiado.

En ménos de tres dias este esceso de irritacion desapareciò, y diò lugar à cauterizar la úlcera de la còrnea, hasta producir una profunda escara. Me ví precisado á renovar esta misma operacion tres veces en el espacio de once dias para quitar á la ulcera el aspecto ceniciento que le es propio, y ponerla en estado de cicatrizacion. Este método tuvo sus acostumbrados efectos.

Apénas el fondo granuloso de la ulcerilla llegó al nivel de la superficie de la còrnea, prescribí al enfermo echase de dos en dos horas en el ojo algunas gotas de colirio vitriolado. Fué tal el resultado de este método que la úlcera se cicatrizó completamente, y el ojo recuperò toda la actividad de que disfrutaba àntes de enfermar.

CAPITULO XI.

Del Pterygion.

SE conoce bajo el nombre de *Pterygion* una pequeña membrana preternatural cuya forma es triangular (1), y el color de un rojo ceniciento. Empieza comunmente àcia el àngulo interno del ojo, cerca de la carúncula lácrimal, y se extiende en seguida hasta la

(1) Lam. 1. fig. 3. a.
TOMO. I.

córnea: va acompañada de una alteracion notable de la vision.

Aunque esta membranilla provenga muy amenu-
do del ángulo interno del ojo, se la vé sin embar-
go en algunos casos partir del ángulo esterno (1) y
en otros del emisferio superior ú inferior del mis-
mo globo del ojo. Por lo demas cualquiera que sea
su origen, su figura es siempre la de un triángulo
cuya base tiene su asiento en el blanco del ojo y el
vertice en la córnea, mas ó menos distante de su
centro y de la pupila. En casos poco comunes, se
encuentran dos y aun tres pterygions en el mismo
ojo. Mas ó menos apartados unos de otros, estan
distribuidos en la circunferencia del bulbo del ojo
de modo que sus puntas se dirigen àcia el centro de
la còrnea, cuya transparencia destruyen enteramente
si por desgracia llegan à reunirse. Es à esta com-
plicacion, me parece, à la que los médicos antiguos
dieron el nombre de *pannicule*.

Propiamente hablando la *optalmia crónica vari-
cosa* con relajacion y espesura de la conjuntiva, la
nube de la còrnea y el *Pterygion* son tres enfermeda-
des que solo se diferencian por el grado de intensi-
dad. En efecto, las tres consisten en una dilatacion
mas ó menos considerable de los vasos de la conjun-
tiva, complicada de atonia y espesor de esta mem-
brana. Pero en la optalmía crónica la dilatacion de
las venas y la relajacion de la conjuntiva se limita
al blanco del ojo: en la nube los vasos varicosos se
estienden hasta debajo de la lámina de la conjun-
tiva que tapiza la córnea: y en el pterygion no sola-
mente se estienden las varices hasta la superficie de
la córnea si que tambien la conjuntiva que cubre es-
ta membrana adquiere un espesor extraordinario. De

(1) Lam. 1. fig. 3. b.

esto provendrá que en el principio se atribuía el pterygion al desarrollo de una nueva membrana en la córnea, mientras que solo está realmente formado por la lámina mas delgada de la conjuntiva degenerada, con motivo de la inflamacion, en una túnica opaca y sembrada de vasos sanguineos varicosos. Asi no es pues una nueva concrecion la que constituye el pterygion, y si lo forma una degeneracion de membranas naturales del ojo. La prueba es que la curacion de la nube conviene igualmente al pterygion incipiente, esto es, que en lugar de quitar la forma triangular figurada para esta última en la superficie misma de la córnea, basta quitarla con el instrumento cortante sobre los alrededores de la union de esta membrana con la esclerótica, como si se fuese simplemente á destruir la comunicacion de los troncos venosos con sus raices, cuya dilatacion constituye la nube de la córnea.

El pterygion seria tan frecuente como la optalmía crónica varicosa, si la conjuntiva no fuese naturalmente mas densa y mas compacta sobre la córnea que en el resto de su estension, y si los vasos sanguineos no fuesen mas finos y menos susceptibles de dilatacion en este lugar que en otros. De aqui proviene que el pterygion es raro en comparacion de la optalmía de que hablamos. Sin embargo, si los vasos de la lámina transparente de la conjuntiva adherente á la córnea ceden una vez al impulso del fluido que los penetra, y si se hacen varicosos, el tejido celular de que estan rodeados se obstruye insensiblemente y la porcion de la conjuntiva de que se trata se transforma en una membrana pulposa y pagiza que constituye el pterygion.

He dicho ya que el pterygion consiste en una degeneracion de la conjuntiva; en efecto siempre que el ojo se gira ácia el lugar de la enfermedad, se ha

observado que se forman en la superficie del pterygion unos pliegues que corresponden perfectamente á los de la conjuntiva, y que se desvanecen al mismo tiempo que el ojo se mueve en sentido opuesto. Esta asercion se hace aun mas evidente cuando se considera que es muy fácil levantar con las pinzas igualmente en el pterygion la conjuntiva que le corresponde.

Me he convencido, en el cadaver, que se quitaba el pterygion (1) con la misma facilidad en el blanco del ojo y en la córnea, y que esta membrana quedaba perfectamente desnuda, esto es despojada de la conjuntiva en el lugar que correspondia al sitio del pterygion: fenómeno tanto mas admirable cuanto que jamás he podido desprender la conjuntiva de la córnea mas allá del lugar de esta afeccion. Si ecsisten muchos pterygions en el mismo ojo, en diferentes distancias el uno del otro, la conjuntiva se presenta floja y varicosa en otros tantos puntos correspondientes al mismo lugar de los pterygions, mientras que lo restante de esta membrana que cubre el blanco del ojo se manifiesta unida, estendida y completamente libre de varices.

Es digno de notarse que el pterygion, cualquiera que sea por otra parte su estension y el lugar que ocupa, se manifiesta constantemente bajo la figura triangular cuya base mira ácia el blanco del ojo y la punta está vuelta ácia la pupila. Este fenómeno probablemente depende de las adherencias de la conjuntiva, que se hacen mas intensas á medida que se acercan á la córnea. Efectivamente debe por necesidad resultar de esta disposicion que los progresos del pterygion hirán siempre disminuyendo del blanco del ojo ácia la pupila, y que esta enfermedad encontrando tanta mas resistencia quanto mas se aproxima al centro

(1) Lam. 1. fig. 4. a. b.

de la córnea, formará forzosamente la figura triangular. Por lo demas el fenómeno es constante y Foresto lo ha observado tal: *Non cooperit (pterygium) oculum nisi in forma sagitte.* (1)

La forma de esta afeccion es uno de sus caracteres de tal modo esenciales que basta el por si solo para distinguir el verdadero pterygion del falso, ó de toda otra escrescencia blanda, pagiza de la córnea. En efecto desarróllanse algunas veces en esta membrana fungosidades análogas, por su color y por su consistencia al pterygion, aunque esencialmente se diferencian en el fondo pues que consisten en una degeneracion de la misma substancia de la córnea. Pero, ademas que estas escrescencias se levantan casi siempre mucho mas que el pterygion, presentan constantemente una forma irregular tuberculosa, sin que jamás se manifieste un triángulo cuyo verticé mire al centro del ojo como lo verifica el pterygion.

El pterygion se deja facilmente levantar con las pinzas siendo también una de sus señales características; pues no hay escrescencia que presente este fenómeno; tan fuertemente estan adheridas á la base que las sostiene. Este carácter hace la curacion del pterygion en extremo simple, mientras que solo con una grandicima dificultad se pueden llegar á destruir radicalmente las escrescencias de la córnea, y á cicatrizar solidamente las heridas resultantes de su estirpacion. Dice con este motivo *Plench Pterygia quæ filamentis solummodo adherent; facile abscinduntur; difficillime quæ, ubique accreta sunt corneæ, ac in plicam elevari non posunt.* (2) Si esta escrescencia aunque tenga la forma triangular y constituya el verda-

(1) *Opera. med.* lib. XI. obser. 6.

(2) *De morb. ocul.* pag. 97. Aviceme lib. 3. f 3. cap. 23. dice *duræ* (habla de la córnea) *denudat quando non es facilis productum ad nocumentum.*

dero pterygion, está fuertemente adherida á la córnea; si tiene un color rojo oscuro; si sangra facilmente cuando se le toca, y si ocasiona dolores lancinantes que se estienden en el ojo y en el temporal amenaza esta afeccion hacerse cancerosa, si ya no lo es. Asi es preciso limitarse á una curacion paliativa, á menos de no decidirse á egecutar la estirpacion del globo del ojo entero, ó á lo menos el de su emisferio anterior.

Para curar el pterygion, es preciso quitarlo con el instrumento cortante, pero si esta afeccion solo es, segun dijimos, una porcion de la conjuntiva trasformada con motivo de una inflamacion crónica, en una túnica densa y opaca, se sigue que es imposible el poder operar el pterygion sin privar á la córnea de su natural cubierta, y por consiguiente sin ocasionar una cicatriz que enturbie mas ó menos la trasparencia de esta membrana en el lugar ocupado por la enfermedad. Asi es que los cirujanos modernos no se dejan imponer por los que dicen haber restablecido la trasparencia de la córnea despues de haber quitado con el visturí los pterygions. Es sin duda menos opaca despues, que antes de la operacion; pero en todas ocasiones subsiste la impresion de una cicatriz indeleble. Las ventajas de esta operacion no son menos estimables; primeramente precave los progresos ulteriores de la enfermedad, la dilatacion de los vasos del ojo y condensacion de la conjuntiva; en segundo lugar interrumpe el movimiento flucionario que se dirigia sobre el ojo, destruyendo la causa que lo producía; finalmente preserva á la córnea de la opacidad completa de que estaba amenazada. Sin embargo si es verdad que algunos enfermos hayan recobrado la vista, solo puede ser incompletamente, pues que las funciones deben necesariamente seguir el estado de los órganos que las egecutan; pues, lo repito, despues

de la estirpacion del pterygion, se forma en la córnea una cicatriz semitrasparente que necesariamente impide el paso de los rayos luminosos.

Lo único que puede asegurarse, es que la cicatriz superficial, resultante de la operacion del pterygion, es siempre de ménos estension, que el lugar que ocupaba la enfermedad, lo que puede atribuirse sea à la expansion de la conjuntiva à efecto de la incision, sea à la propension que tienen todas las heridas à reducirse cicatrizandose.

Sea lo que fuere, este fenómeno es constante; asi de los pterygions que he operado, los que tenian dos lineas de estension dejaban cicatrices de una línea y media y aun mas; pero lo repito, la cicatriz es siempre ménos estensa que el lugar que ocupaba la enfermedad.

La operacion del pterygion es de facil egecucion. Hay cirujanos que quieren se atraviere el pterygion con una aguja enebrada con seda, para desprenderlo de la córnea tirando de la seda y poderlo cortar en seguida con mas facilidad por su base. Mas este método es defectuoso por lo que alarga la operacion y en particular porque la sangre que se derrama de las picaduras impide ver con aquella ecsactitud necesaria los límites de las partes enfermas. Unas pinzas de disecar y unas tijeras bien vaciadas (1) tales son los instrumentos necesarios para esta operacion.

Regularmente se procura que la incision que se hace à la córnea se prolongue hasta el blanco del ojo, para incluir toda la base del pterygion; de modo que cuando procede del ángulo interno, se estiende la incision hasta la carúncula lácrimal. El primer inconveniente de este método es el poner en descubierto una porcion muy grande de la esclerótica, en segundo lugar la pér-

(1) Lam. 2. fig. 3.

dida de substancia que experimenta la conjuntiva y la misma direccion de la herida, resulta una cicatriz disforme que tira la bulba del ojo àcia la carúncula lacrímal; impide la libertad de sus movimientos, en especial desde el ángulo interno àcia al esterno.

Para evitar este inconveniente en la curacion del pterygion cuya base es de mucha estension en el blanco del ojo, me ha parecido muy útil practicar una incisión desde la punta hasta el lugar en que la córnea se reúne con la escleròtica; separándola despues de su base por un corte semicircular (1) comprendiendo en él, la misma substancia de la conjuntiva en la estension de una línea poco mas ò menos y en una direccion concentrica al disco de la córnea. He observado que practicando la operacion de este modo, la curacion consecutiva es mas corta que empleando el método comun; que la cicatriz no forma bridas: y la conjuntiva estendida uniformemente en el globo del ojo por la misma cicatriz, recupera el tono perdido, y los vasos varicosos el calibre que les es natural.

Con todo no son necesarias, tantas precauciones cuando se trata de un pequeño pterygion cuya base no se estiende mucho en el blanco del ojo.

Sentado el enfermo, colocado un ayudante detras de él, levanta con el dedo índice y medio de una mano, el párpado superior mientras que con los dedos de la otra mano baja el inferior. El operante (supongo que opera en el ojo derecho) se coloca delante del enfermo sentado ó en pie segun mejor le convenga; ordena al enfermo vuelva el globo del ojo del lado que corresponde à la base del pterygion, coje à este último à una línea poco mas ò menos de su punta, con las pinzas que tiene en la mano iz-

(1) Lam 1. fig. 3. a.

quiera, lo levanta tirando suavemente àcia él y en alto hasta que siente un pequeño crujido que indica la separacion del pterygion de la làmina celulosa y delgada que lo unia á la córnea, finalmente con su mano derecha provista de unas tijeras, se lleva lo porcion enferma lo mas cerca posible de la córnea, y en la direccion de la punta à la base. Llegando al lugar en que la córnea se une con la esclerótica, levanta de nuevo el operante el pliegue hecho á la conjuntiva y de un segundo tijeratazo, hecho muy cerca del disco de la córnea, quita de una vez el pterygion y la porcion de la conjuntiva que le sirve de base. Este segundo corte deberá tener la figura de media luna (1) cuyas dos estremidades se prolongaran algunas líneas mas allá de la relajacion de la conjuntiva siguiendo la curba del globo del ojo.

Concluida la operacion, y promovido el derrame de sangre por medio de las lociones de agua tibia, se cubrirà el ojo de una planchuela de hilas secas ò mojas en agua vegeto mineral y sostenida por un bendaje medianamente apretado.

Si no sobreviniesen síntomas notables, como dolor, tension del ojo, hinchazon escesiva de pàrpados, bastará lavar tres ó cuatro veces al dia, el globo del ojo, y la cara interna de los pàrpados con el agua de malvas tibia, procurando estén estas partes al abrigo del contacto del ayre, sin egercer en ellas una compresion muy fuerte. Mas si se manifestasen los indicados síntomas, se empleará el régimen antiflogístico en toda su estension; se aplicarán cataplasma emolientes en el ojo, introduciendo entre los pàrpados clara de huevo ò mucilago de semillas del *psyllion* estraido con agua de malvas.

(1) Lam. I. fig. 3.

Comunmente, del quinto al sexto día despues de la operacion toda la superficie de la herida se manifiesta de un color amarillo y tapizada de mucosidad, especie de supuracion propia à las membranas en general, y à la del ojo en particular; mientras que los bordes del corte y la conjuntiva que está inmediata à estos, toman un color rojo. Consecutivamente la superficie de la herida se reduce todos los días mas, y se verifica la cicatrizacion.

Durante este período, esto es, todo el tiempo que dura la curacion consecutiva à la operacion, los únicos tópicos convenientes, son las lociones del agua de malvas tibias, tres ó quatro veces el día. Infinitas observaciones me han enseñado que los colirios astringentes, y aquellos tan decantados polvos del lirio de florencia y alumbre irritan el ojo, produciéndolo la obstruccion de la conjuntiva, accidentes que directamente se oponen à la curacion. Pero lo que hay de mas incòmodo es que estos medios ocasionan en la misma superficie de la division mamelones fungosos dificiles de atajar. He visto todos estos efectos de resultas de una sola aplicacion intempestiva de la piedra infernal. Pero, contentándose despues de la operacion, con las solas lociones del agua de malvas, la curacion marcha regularmente; disminuye todos los días la superficie de la herida, y tranquilmente se concluye la cicatrizacion en el espacio de tres ò quatro semanas à lo mas. Solo despues de estar formada conviene echar algunas gotas, tres ò quatro veces al día, del colirio vitriolado vigorizado con algunas gotas de espíritu de vino alcanforado.

Ya dije que el pterygion cuando principia, propriamente hablando, no es mas que la nube de la córnea en la que los vasos venosos de la conjuntiva correspondientes à la parte enferma de la córnea, están un poco mas dilatados que en la nube; y que

en este punto la conjuntiva està mas densa y opaca que cuando està simplemente nebulosa (1) Para espresarme con mas claridad, el pterygion no consiste en este caso en una membrana densa y opaca, sino en una película fina como una telaraña, entrelazada acá y allá de vasos sanguíneos varicosos, tras la cual se percibe aun el iris. Miéntras que el pterygion està en este estado, no hay necesidad de privar à la córnea de su natural cubierta; basta, asi como en la curacion de la nube, interrumpir la comunicacion entre las raices de las venas varicosas y sus troncos. Para satisfacer pues esta indicacion solo hay que practicar un corte semilunar de la conjuntiva à la base del pterygion incipiente del modo que se practica para la curacion de la nube. Despues de esta operacion, el pterygion se disipa ò se transforma en una ligera oscuridad de la córnea. En efecto algunas veces es mucho ménos considerable que la que resulta de una cicatriz ordinaria. En sus observaciones quirúrgicas, dice Aacrell, haber curado con este método un pterygion incipiente. Yo mismo me he servido con éxito del mismo muchas veces; pero he creido conveniente hablar mas por menor de él en la curacion de la nube de la córnea que en el pterygion, por los motivos que ya he espuesto y especialmente porque el estado morbosos de la conjuntiva escede poco en estas circunstanstancias à aquel en que se halla esta membrana cuando està solamente nebulosa. Véase porque en este caso de pterygion incipiente, puede esperarse contener sus progresos, empleando à tiempo los trópicos astringentes capaces de restablecer

(1) Este caso intermedio entre la nube de la córnea y el pterygion confirmado està descrito por los médicos árabes bajo el nombre de *Sabel*: *Sabel*, dice Avicena, *est panniculus accidens in oculo ex inflatione venarum ejus aparientium in superficie conjuntivæ et corneæ, textitur quidam in eo, quod est inter eas, sicut fumus.* lib. 3. f. tractat. 2. cap. 19.

los vasos de la conjuntiva en su estado natural; tales son entre otros la pomada antioptálmica; y la tintura thebayca, cuya fórmula ya he indicado anteriormente.

Observacion trigésima octava.

Antonio Cantoni de Casorati, aldeano, de 19 años de edad, vino á la clínica el 12 de Noviembre de 1792 acometido de un pterygion que se estendia del ángulo esterno del ojo derecho hasta la pupila.

El 14 del mismo mes; sentado el enfermo, cogí el pterygion á una línea y media de su punta y lo quité con un solo golpe de tijeras; cogí en seguida su base y me la llevé del mismo modo, dando al corte la figura de una media luna vuelta ácia la circunferencia de la córnea.

Los dias siguientes como no sobrevino ninguna hinchazon sensible ni de ojo ni de párpados, el enfermo solo hizo uso de las lociones de agua de malvas, cubriéndolo el ojo con una planchuela de hilas secas sujeta por un circular de venda.

Disminuyó la herida de dia en dia hasta el diez de diciembre en el que quedò completada la cicatriz, y se observó que estaba mas apartada de la pupila que de la punta del pterygion.

Observacion trigésima nona.

Mauricio Pisani, aldeano, robusto, de 45 años de edad, hacia mucho tiempo que sufría un pterygion en el ángulo interno del ojo derecho: fué esta afeccion tan descuidada que llegó á cubrir los dos tercios de la pupila, y por consiguiente á incomodar considerablemente la vista.

Operé al enfermo en 22 de Enero de 1793. hu-

bo mucha mas hemorragia de la que debia esperarse de una operacion tan simple.

El dia quinto la superficie de la herida se cubrió de una mucosidad, señal cierta de la formacion de la supuracion. Durante la curacion solo hizo uso el enfermo de las lociones del agua de malvas repetidas tres ó quatro veces al dia, sin guardar casi nunca cama.

En veinte y ocho dias se completò enteramente la cicatrizacion. La córnea quedò nebulosa, como es lo regular en el lugar del pterygion: pero la cicatriz ocupaba ménos espacio que la enfermedad; así es que el enfermo veia ménos confusamente que ántes de la operacion.

Observacion cuadragésima.

Un carpintero de 34 años de edad, de una constitucion robusta, habia muchos años que sufría un pterygion en el ojo derecho. Esta afección se estendia desde el emisferio inferior del globo del ojo àcia el centro de la córnea y cubria poco mas ó ménos una cuarta parte de la pupila, cuando el enfermo estaba en una luz moderada.

El 12 de Marzo de 1794 cogí el pterygion á una línea y media de su punta; y lo corté con las tijeras un poco mas allá de la circunferencia de la córnea, en seguida cogí su base, y me la llevé del mismo modo con una porcion de la conjuntiva siguiendo una línea curva concéntrica al bordé de la córnea.

Despues de haber dejado fluir la sangre cubrí el ojo con una planchuela de hilas mojadas con agua vegetal mineral, pasando por encima un circular de venda.

El dia siguiente los párpados estaban hinchados, colorados, y dolorosos.

Ordené una larga sangría, apliqué en el ojo un cataplasma emoliente, y el dia siguiente le hice tomar un purgante. La inflamacion se desvaneció el dia séptimo; sin embargo la conjuntiva estaba aun obstruida, colorada, y la superficie de la herida no se manifestaba cubierta de moco.

Este fenómeno no tuvo lugar hasta el dia doce, y desde este momento empezó la cicatrizacion.

A no ser la aplicacion de las cataplasmas: al principio solo se hizo uso en esta enfermedad de lociones de agua de malvas. Aunque se completó la cicatriz á las cinco semanas, fué continuado el método curativo quince dias despues, durante los cuales hizo el enfermo inyecciones con el colirio vitriolado que contenia una cierta cantidad de mucilago de semillas de membrillo; por la tarde se frotaban los bordes de los párpados con la pomada de Janin. Se observó en este caso lo mismo que en el precedente, que la cicatriz se adelantó ménos sobre la pupila que el pterygion.

Observacion cuadrigécima prima.

Francisco Vechi, de Calignano, aldeano, edad 57 años; de una constitucion débil, vino á consultarme á primeros de Mayo de 1794 sobre dos anchos pterygions (uno en cada ojo) que lo desfiguraban y le aumentaban la ceguera. En efecto el del ojo derecho cubria las dos terceras partes de la pupila, y el del izquierdo la mitad. Sufria ademas este hombre una optalmía crónica habitual.

El dia siguiente al de la operacion, los párpados y la conjuntiva de ambos ojos se hincharon estraordinariamente; se pusieron colorados, dolorosos y se declaró la calentura. Se le hizo una sangría del brazo, despues de ella se le aplicaron sanguijuelas cerca de los

párpados. Ordené un ligero alimento, y un grano de tártaro antimoniado de potasa disuelto en una libra de decoccion de grama à *fractas dosis*. Finalmente, hícele aplicar cataplasmas emolientes en los ojos.

Al octavo dia de este plan sobrevino la calma; se bajaron los párpados, y al primer período inflamatorio de la optalmía, sobrevino el segundo. Sin embargo estaba aun la conjuntiva bastante colorada, hinchada, como fungosa, y la superficie de la herida no estaba cubierta de moco. Persuadido que el retardo de la supuracion procedia en parte de la relajacion de los vasos de la conjuntiva, habia intentado hacer uso de algun tóxico astringente; pero me acordé que en casos análogos estos medios lejos de disipar la optalmía, la habian ecsasperado ó reproducido. Seguí pues mi práctica ordinaria; me contenté con mandar las lociones del agua de malvas tibia, promoviendo un punto de irritacion en la nuca por medio de un grande vegigatorio que hize supurar algun tiempo, y que repetí detras de las orejas.

El dia 19 despues de la operacion, disminuida la obstruccion de la conjuntiva, empezó la supuracion, y desde esta época hasta el quincuagésimo dia la estension de las heridas iba siempre en disminucion.

Luego de concluida la cicatriz ordené se echasen muchas veces al dia algunas gotas en los ojos del colirio vitriolado, simple al principio, pero despues vigorizado con el aguardiente alcanforado, y la fro-tacion todas las tardes en los bordes de los párpados con la pomada de Janin. Continuado este proceder por el espacio de quince dias, restituí à la conjuntiva su energia, y desapareció completamente la rubicundez crónica de los ojos, efecto de la relajacion de esta membrana.

En cuanto á la estension de las cicatrices, la del ojo derecho apenas cubria un tercio de la circunfe-

rència de la pupila, y la del izquierdo cubria pocas ó ménos la cuarta parte de ella.

CAPITULO XII.

Del Encanthis.

EL encanthis solo es al principio, una pequeña escrescencia blanda, rubicunda, algunas veces un poco lívida, nacida de la carúncula lacrimal y del pliegue semilunar de la conjuntiva que está contigua. El encanthis inveterado es comunmente de un volúmen bastante considerable (1); sus raices se estienden mas allá de la carúncula lacrimal hasta la membrana interna de uno ú otro de los párpados, ó de ambos. Es muy incómodo, ya sea por el puesto que ocupa, ó ya porque interpuesto entre la comisura interna de los párpados, los tiene necesariamente apartados de este lado; tiene ademas el inconveniente de sostener la optalmía crónica: perturba los movimientos de los párpados impidiéndolos el cerrarse: finalmente desordena el curso de las lágrimas, por la compresion que ejecuta y por el estravío que ocasiona á la direccion natural de los puntos lacrimales.

Es en su principio esta escrescencia comunmente granulosa como una mora, frangeada en sus bordes, y formada de muchos colgagillos.

(1) En su *cirugia curiosa* p. 133. Purmann nos dió la descripción y la figura de un tumor del tamaño del puño. Tenia su origen en el ángulo interno del ojo izquierdo por un pequeño pedículo desde donde colgaba á la mejilla; sin embargo despues de la descripción vaga y de la inesactitud en el diseño, es dudoso si este tumor verdaderamente procedia de la carúncula y del pliegue de la conjuntiva que le está contiguo, ó de los tegumentos situados inmediatamente fuera de la comisura interna de los párpados. Purmann dice haber estirpado felizmente este tumor, atandolo á la base de su raiz, y aplicando sobre esta misma un cauterio provisto de su cánula.

Cuando ha tomado un cierto grado de acrecentamiento se manifiesta aun granulosa en una cierta estension; pero en todo lo demas, es lisa, blanquecina ó cenicienta y sembrada de vasos varicosos. Algunas veces se adelanta sobre la conjuntiva ocular, y llega hasta el lugar en que la córnea se reúne con la esclerótica. En este estado, interesa constantemente la caruncula lacrimal, el pliegue semilunar y la membrana interna de los párpados, y desprendiendo una prolongacion particular sobre toda la superficie interna del párpado superior ó inferior á la direccion de sus bordes; en otros términos, el cuerpo del encanthis se divide á los alrededores de la córnea en dos apéndices ó dilataciones, de las cuales la una se estiende á lo largo de la cara interna del párpado superior, y la otra corre toda la cara interna del inferior.

El cuerpo del encanthis iguala algunas veces al tamaño de una nuececita ó de una castaña. En algunos casos está como deprimido y aplastado en su parte media, y no por esto deja la apariencia granulosa que tenia en su principio, mientras que sus dilataciones presentan el aspecto de una substancia lipomatosa. Si se vuelven al revés los párpados, estas prolongaciones hacen una prominencia que se dirige ácia adelante de modo que cuando existen en ambos párpados presentan una especie de anillo apoyado al globo del ojo. Fabricio Hildano conoció perfectamente la enfermedad de que se trata; le dió el nombre de *ficus scirrosus ad majorem oculi canthum*. (1)

(1) *Cent 1 Obser. III. anno 1598 2. feb. ad edes D. Petri Duman-
tii verbi divini ministri ad quadragenarium, habentem tumorem scirrosus
ad magnum oculi canthum castaneæ magnitudine, colore livido, et mul-
tis venis capillaribus inter textum, vocatus fuit. Ille autem tumor ab una
parte adherebat conjunctivæ membrana usque ad iridem; ab altera vero hor-
rebat palpebræ superiori, et lacrimali glandulæ: ita ut ad oculi motum
totam cooperiret pupillam scirrhus ille. Nos (ægro purgato, prout in
cedente observacione fusuus declaravimus) incisâ item cephalicâ in sinis-*

Parece no obstante que en el caso referido por este autor, la encanthis solo tenia un apéndice situado en la cara interna y por debajo del borde del párpado superior.

Sucede algunas veces, como ya dije, hablando del pterygion que la encanthis se hace cancerosa. Se conoce esta degeneracion por el color de un rojo oscuro y como aplomado de la escrescencia: por su estremada dureza, y por los dolores lancinantes de que es el asiento; dolores que se estienden à la frente y temporales, y que el mas ligero tocamiento basta para exasperar. La propension à las hemorragias, los puntos úlcerados y el desarrollo de una substancia fungosa en el mismo cuerpo del tumor, el derame de un humor acre y tenaz, son tambien síntomas propios à la misma degeneracion.

tro brachio institutæque optimâ victûs ratione presente. M. Nicolao Fevoto et Daniele Leclere Lausannensibus, forcipe nostrâ oculari hic delineata tumorem apprehendimus. Tum attractâ paulatim forcipe, et inversâ superiori palpebrâ, tumorem cultello separatorio ad id aptato commodè separavimus. Postea albumen ovi aqua rosacæ mixtum imposuimus. Inde coliriis anodiinis, et abstersivis et tandem exsiccantibus oculum intra septimanas tres, visu plane illeso, persanavimus. Interin tamen purgationes aliquoties interavimus, et cucurbitulas cum largiori flama scapulis et nuclæe admovimus. Defensivum item fronti et temporibus applicuimus.

Colirium anodinm.

Rec. masila. sem. cydon.	}	a. a. unc. duas.
Plantag. cum aguâ rosace extracta, lac. mulieribus.		
Champhor.	}	a. a. scrupul. sem.
Croc.		
Misce. et applica tepide.		

Colirium exsiccans.

Rec. aquar. plantag	}	a. a. unc. quator.
rosar.		
tutiæ preparatæ.	}	a. a. drac. unam.
Corn. cervi usi et preparat.		
Cerus. lotæ.		
Misce. fiat colyrium.		

Hic monitos velim chirurgos colirio in que ingreditur lac, æstate singulis, hic me veró alternis diebus iteranda esse. Accessit enim lac et acre afficitur; hinc dolores et inflamaciones excitat.

La encanthis solo admite entonces una curacion paliativa, à no ser que se quiera intentar la estirpacion de este tumor, y de todas las partes contenidas en la òrbita, aunque el resultado es muy dudoso.

Cualquiera que sea el volumen y la estension de las raices de la encanthis, es preciso estirparlo. Al efecto se coje con las pinzas y se quita con las tijeras curvas, muy cerca de su base. No es necesario pasar un hilo por medio del tumor como lo ejecutan algunos cirujanos para levantarlo y destruir en seguida sus raices con mas exactitud; se consigue el mismo objeto con las pinzas de disecar, y se ahorra al enfermo el dolor de una operacion por otra parte inútil. Sin embargo es preciso tener cuidado, estirpando un encanthis poco voluminoso, y economizar en lo posible la carúncula por temor de producir un lágrimeo incurable.

Despues de la operacion, se lava el ojo con agua fria y se le cubre con una compresa asegurada por un circular de venda. Cinco, seis, ò siete dias despues, la inflamacion declina, y se establece la supuracion. Tocanse entònces las pequeñas heridas con el sulfate de alumbre cortado en forma de lapiz, echando en el ojo algunas gotas muchas veces al dia del colirio vitriolado, al que se le añade una pequeña cantidad de mucilago de semillas de membrillo. Si estos medios no producen el efecto deseado, si la superficie de la herida se hace babosa y estacionaria, es preciso aplicarle la piedra infernal, teniendo la precaucion de ahorrar la conjuntiva en lo posible, y en particular si ha sido interesada en la operacion. Se completa la curacion con el colirio de que ya he hablado, ó bien se introducirà, tres veces al dia, entre el globo del ojo, y el àngulo interno de los párpados, una pomada compuesta de tutia en polvo, de bolo armenio y manteca fresca. Bidloo alaba el polvo del

nitrate de cal simple ó combinado con el sulfate de alumbre. (*Exercit. anat. chirurgic. decad. 11.*)

El encanthis inveterado y voluminoso reclama la misma curacion que el antecedente. La ligadura no dispensa la estirpacion, pues que el tumor, en el estado en que le suponemos jamás tiene un pediculo bastante estrecho para poderse ceñir con un hilo. Al contrario sus raizes se estienden por la carúncula lacrimal al pliegue semilunar, à la conjuntiva ocular, y casi hasta la córnea; finalmente termina en una ó dos prolongaciones en la cara interna de los párpados; de manera que cuando la ligadura ha efectuado la caída del cuerpo del encanthis, quedan aun por estirpar estas dilataciones, y esta parte de la operacion no puede ser ejecutada sino con un instrumento cortante. Los partidarios de la ligadura temen sin razon la hemorragia. Poseemos un número considerable de observaciones de encanthis tratados por medio de la estirpacion, en las que jamás se ha manifestado este accidente; podria citar muchos que me son propios y disiparian todo temor. (1) En el caso ya citado, Fabricio de Hildano despues de haber vuelto el párpado superior para obligar á la prolongacion del encanthis á que se hiciese mas prominente, cojió el tumor con las pinzas, disecó la prolongacion que colocó sobre la membrana interna del párpado superior, y separó el tumor de la conjuntiva, del pliegue semilunar, y de la carúncula lacrimal. Esta operacion tuvo el mas dichoso resultado. Yo lo propon-

(1) Pellier (*Rec. de Obser. sobre las enfermedades de los ojos.*) part. 2. obs. 118.) cuenta un caso de estirpacion practicada, dice, por un hábil oculista que fue seguida de una hemorragia que dió que temer; pero no entra en ningun por menor ni sobre la naturaleza ni el manual de la operacion. Sin embargo que estas aclaraciones nos hubieran podido ilustrar sobre la causa de un accidente que no es comun; pues el mismo autor añade. *Yo he operado varias veces escrescencias de esta naturaleza, y jamás he observado semejante accidente.*

go como un modelo que puede seguirse en la curacion de la misma enfermedad.

Mas, cuando la enfermedad en cuestion tiene dos prolongaciones es preciso practicar la operacion del modo siguiente: sentado el enfermo, un ayudante vuelve el párpado superior de modo que el apéndice superior este saliente àcia fuera, y despues de haberlo dividido profundamente à la direccion del borde del párpado, el operante lo coje con las pinzas, y lo desprende en toda su longitud de la superficie interna del párpado superior, procediendo desde el ángulo esterno del ojo, àcia el interno, hasta la porcion media del tumor. Se repite la misma operacion en el párpado inferior. Levántase despues el cuerpo del encanthis con unas pinzas, ó con una herina doble, y se quita con las tijeras, comprendiendo mas ò menos la carúncula lacrimal, segun el desarrollo y la antigüedad de la enfermedad; pues es muy importante saber, que cuando el encanthis ha llegado al estado en que le suponemos no està siempre à nuestro alcance economizar la carúncula lacrimal, para evitar un continuo làgrimeo despues de la cicatrizacion de la herida.

La curacion consecutiva es con poca diferencia la misma que la del encanthis incipiente.

Las lociones con el agua de malvas, los colirios anodinos y detersivos, son los tópicos mas convenientes hasta que esté bien establecida la supuracion. En seguida se puede recurrir con éxito à los ligeros astringentes, y à la pomada de que ya hemos hablado. Generalmente los tópicos mas suaves son los que mejor convienen en el primer estado de la supuracion, y aun despues, en especial cuando con el encanthis se ha quitado una porcion considerable de la conjuntiva ocular.

La siguiente observacion que trascribimos de Marchetti podrá ilustrar este asunto.

Curavi quendam canonicum polonum laborantem meliceride magnitudinis jujubæ, quæ a caruncula anguli majoris oculi ad totam pupillam porrigebatur. A multis tentata curatio medicamentis, decoctis licet, colyriis et aliis hujus modi; omnia tamen octo mensium spatio in casum adhibita. Cùm verò me consulisset, ipsum tumorem evellendum censui; quod cùm reformidaret, spe tamen salutis operationem admisit, quam statim molitus sum, corporet prius expurgato acuratisimè ab aliis medicis. Paravi itaque hamulum, quo ipsam meliceridem perforavi, et manu apprehendi, altera verò forcipe eandem cum folliculo sectione separavi tum a caruncula, tum a tunica adnata, et ipsa pupilla; atque ita totum tumorem eduxi sine ulla ofensa ipsius oculi; a quibus statim applicui gossypium imbutum aquâ rosaceâ cum ovi albumine agitâtâ et porciunculâ croci, patiente tres dies hoc modo fasciâ vincto; adibito postmodum colyrio cum aquâ rosarum, et pulvere tutiæ preparatæ; quibus spatio octo dierum omnino convaluit æger, increpante licet meam præceptore meo ab Aquapendente audaciam cum tamen brevi spatio temporis id prestiterim quod alii medici non potuerunt perficire; id quæ presentibus præclarissimo Joane Domino Sala cum multis studiosis. (1)

CAPITULO XIII.

Del Hypopion.

ENTIENDO con la mayor parte de los cirujanos por hypopion un cúmulo de humores glutinosos amarillentos parecidos al pus: esta acumulacion se forma en la cámara anterior, y aun con alguna frecuencia en la

(1) *Observ. medic. chirurg. Syll. obs. XXI.*

posterior de resultas de una optalmía grave, pero sobre todo despues de la inflamacion de las partes internas del ojo. Efectivamente aunque en el mayor número de casos, la inflamacion sea esterna, sin embargo interesa algunas veces simultaneamente las membranas internas y particularmente la coroyde y ubea. Si no cede pues prontamente à los socorros del arte, las sobredichas membranas dejan trasudar una linfa *concrecible* que se derrama en el interior del ojo, pasa por medio de la pupila, precipitándose en el fondo de la càmara anterior, en donde ocupa la tercera parte, ó la mitad de su capacidad y algunas veces el todo; de modo que oscurece y oculta enteramente el iris y la pupila.

El vulgo y aun los mismos cirujanos, dan à conocer la materia del derrame bajo el nombre de *pus*: pero me parece que esto es tergiversar à esta palabra su verdadera acepcion: pues que la materia à que la aplican no proviene ni de un absceso ni de una ulceracion, y si de una simple trasudacion linfática de la superficie interna de la corroyde y de la ubea que están inflamadas. Por lo demas sucede lo mismo con todas las membranas del cuerpo: asi la dura madre, la pia madre, el pericardio, la pleura, el peritoneo etc. cuando están gravemente inflamadas, se cubren de una capa de materia glutinosa muy análoga à la que constituye el hypopion. Sostener que no existe ninguna diferencia esencial entre el verdadero pus, y el albúmina segregado por las membranas inflamadas, es confesar que el pus puede formarse sin absceso y sin ulceracion.

Los síntomas que manifiestan la formacion de un derrame de albúmina en el interior del ojo son los de la optalmía aguda en su mas alto grado de intensidad: la execiva obstruccion de los parpados, la rubicundez é hinchazon de la conjuntiva como en el ché-

mosis, un calor abrasador, un dolor vivo y lancinante en el ojo, en la ceja y nuca, la calentura, la vigilia, el temor à la mas débil luz, y la constrictión de la pupila.

Luego que el hypopion empieza à formarse, se observa en el fondo de la càmara anterior una pequeña línea amarilla en figura de media, que se acrecenta à medida que el humor segregado por las membranas internas inflamadas atraviesa la pupila. Esta línea se estiende por grados, y acaba por ocultar toda la circunferencia del iris, principiando por su parte inferior. Miéntras que subsiste el período inflamatorio en la optalmía, el hypopion no deja de progresar; pero se detiene y se dispone à disminuir luego que empieza el segundo período.

Esta sola observacion basta para comprender lo importante que es reprimir la optalmía en su primer grado, para evitar los progresos del hypopion. Es muy conveniente hacer sangrar el enfermo con prontitud, y aun practicar el corte de la conjuntiva, en caso de *chémosis*; en seguida se echarà mano de los tópicos suavemente resolutivos, y de la aplicacion de vegetatorios à la nuca, de los saquillos de yervas emolientes, y últimamente de otros remedios del mismo género indicados ya en el capitulo de la *optalmia*. El buen exito de la curacion se anuncia por la disminucion del calor y de la calentura, un sueño pacífico, una sensacion grata, por la facilidad en mover el globo del ojo, y por el estado estacionario del hypopion. No es estraño ver, sobre todo en los indigentes, enfermos que llegados al segundo período de la optalmía sobrellevan esta acumulacion de materia en la càmara anterior con la mayor indiferencia y sin que se quejen de ninguno de los síntomas que caracterizan el primer grado de la optalmía. Es en esta época segun acabo de decir, en la que los progresos del hy-

popion se paralizan, y en la que la materia que lo forma empieza à reabsorverse, si algun accidente no se opone à ello.

Los que no poseen conocimientos exactos sobre las enfermedades de los ojos creeràn tal vez que el medio mas seguro y mas espedito para combatir el hypopion hecho ya estacionario, es el sajar la córnea en su parte inferior con el fin de dar una pronta salida à la materia del derrame. Tal es generalmente la doctrina enseñada en las escuelas. Mas la esperiencia ha manifestado no solo que esta opinion pocas veces và seguida de un dichoso resultado, si que puede ocasionar accidentes mas incómodos que el mismo hypopion, por mas cuidado que se ponga en conformarse con los preceptos de Richter (1). Este célebre cirujano quiere que se deje salir lentamente y casi por sí mismo el material derramado, en lugar de darle pronta salida y que se procure el derrame con repetidas inyecciones y compresiones. Por pequeña que sea la abertura hecha à la córnea, la esperiencia ha acreditado que produce la inflamacion, y promueve un nuevo derrame. Añádese que si el derrame se hace gota à gota, la evacuacion completa se verifica con mucha lentitud, y durante este tiempo los labios de la herida quedan apartados, supuran, se ulceran, y la salida de la materia del hypopion es seguida del hùmor aqueo, y de la hernia del iris. Asi el corte de la córnea no tiene otro resultado comunmente que el cambiar el hypopion en una úlcera complicada con la procedencia del iris, y algunas ocasiones con la del mismo cristalino (2) Verdaderamente en algunos casos par-

(1) *Observ. chirurg. Fasciculus primus cap. X.*

(2) *Dice Richter en el mismo lugar. Aliquando vero cum operationem hypopii post optalmiam vehementem orti instituerem accidit ut incisa cornica, et elapso humore aqueo, lens cristalina in camaram oculi anteriorem prolaveretur, et dilatato corneae vulnuscule eximi ex oculo deberet.*

ticulares la materia del hypopion se abre paso con buen éxito por una abertura espontánea de la córnea; pero no sería razonable autorizarse con estos ejemplos para preconizar la abertura artificial de esta membrana; porque la misma experiencia ha manifestado que existe gran diferencia entre la abertura espontánea, y la artificial de una cavidad. Esta última aun se diferencia cuando es practicada por un cáustico, ó por un instrumento cortante, pues que los síntomas consecutivos son siempre mas suaves en la primera suposición que en la segunda. La evacuación espontánea de la materia del hypopion es además seguida comunmente del derrame del humor acuoso y de la procedencia del iris, para que se pueda fundar la curación de la enfermedad que nos ocupa sobre la ruptura de la córnea. Un solo caso he conocido en que la incisión de esta membrana sea no solo útil, si que necesaria, tratase cuando el derrame es sumamente considerable que dilata desmedidamente las partes que lo encierran, y el enfermo está amenazado de perder el ojo, y aun la vida, como lo manifestaré al último de este capítulo; pero de este caso particular nada se puede inferir para la curación del hypopion ordinario, ó del que mas comunmente se halla en la práctica. A mas de esto, si es verdad, como lo creo: que la sangre extravasada en el ojo á consecuencia de una contusión sea absorbida; si es verdad que las porciones membranosas de la catarata capsular colocadas por la aguja en la cámara anterior, se liquidan insensiblemente y concluyen por desaparecer totalmente; si las cataratas lácteas y caseosas y el mismo cristalino desprovisto de su capsula puesto debajo del cuerpo vitreo sufre la misma suerte, ¿porque ha de dudarse del poder absorbente en vista de un derrame linfático cuando la causa de este derrame ha dejado de obrar, y el sistema absor-

vente del ojo ha recuperado su energia?

De la reunion de estos hechos resulta claramente que todos los esfuerzos del arte deben dirigirse à favorecer la resolucion del hypopion. Pues dije ya que el único medio de detener sus progresos es el calmar con prontitud la inflamacion por los antiflogísticos en los casos comunes, por los astringentes y repercursivos en la optalmía purulenta, cualquiera que sea su naturaleza. Si este procedimiento corresponde à las esperanzas del médico, como es regular, no solo el hypopion no aumenta, si que á medida que la optalmía se disipa, el sistema absorbente obra sobre la materia del derrame y se vé muy pronto desaparecer aquella línea blanquizca ó amarilla que en figura de semiluna està situada en el fondo de la cámara anterior.

Janin (1) consideraba como un resolutivo específico del hopopion la infusion de las flores de malvas en el ojo, pero se sabe hoy dia que todos los tópicos emolientes auxiliados por el uso de los antiflogísticos generales, producen los mismos efectos. La agua simple tibia tiene las mismas ventajas. Una jóven, dice el célebre Nannoni, fué herida en el ojo por una espiga de trigo; le siguió de aqui una inflamacion de la cual resultò un derrame de pus blanco que formaba una semiluna detras de la córnea, pero era imposible indagar si la materia de este derame ecsistia entre las laminas de la córnea y en la cámara anterior. Se me consultó si era fácil darle salida por medio de una incision. La enferma se quejaba de fuertes dolores en el ojo y en la frente: declaré en presencia del señor Lully y de muchos discipulos, que estos dolores no eran el resultado de la presencia de la materia, y si de la causa que la

(1) Memorias y observaciones sobre el ojo sec IX p. 405.

habia producido. Esta causa era evidentemente una inflamacion que la introduccion del ayre atmosférico en el interior del ojo hubiera agravado si se hubiese perforado la córnea. El éxito justificó mi pronóstico: los fomentos de agua tibia en el ojo y en la frente, calmaron la irritacion y desapareció el pus. Estos medios tan simples como en si son, han tenido con frecuencia tan buen resultado que no puedo dejar de recomendarlos continuamente.

Tal es el dichoso resultado del hypopion, siempre que se acude con tiempo á los socorros del arte, y se puede contener la optalmía en su primer período. Mas cuando nada puede detener su marcha, ya porque sea demasiado violenta, ya porque se haya procedido con lentitud en la administracion de los medios curativos; sucede algunas veces que la albúmina derramada en la cámara anterior del ojo es de tal manera abundante, que el oscurecimiento de la córnea tarda mucho en disiparse. He visto muchas veces, enfermos especialmente entre los pobres, que maltratados, ó desidiosos en pedir los socorros conservaban el hypopion mucho tiempo despues de la terminacion del primer período de la optalmía, por esponerse estos desgraciados muy pronto á la impresion del ayre, bajo el pretesto que no les hacia experimentar ninguna incomodidad. Es positivo que en el segundo grado de la optalmía, la resolucion del hypopion no puede lograrse ni por los mismos medios, ni con la misma prontitud que en el primero. La abundancia y consistencia del humor derramado, la atonia de los vasos del órgano enfermo, todo manifiesta que la naturaleza tiene necesidad de un cierto tiempo para producir la resolucion de este humor, y para ponerlo en estado de ser reabsorvido con el humor aquéo que se renueva continuamente. Pero el arte debe ausiliar á la naturaleza reanimando el to-

no de los vasos de cualquier especie que entran en la composicion del ojo: para llenar pues esta indicacion se necesita mas ó ménos tiempo, segun la edad y constitucion del enfermo.

Apartar todo cuanto pueda reproducir la inflamacion, reanimar el tono de la conjuntiva para disipar los restos de la optalmía, escitar la accion de los vasos absorventes, tal es el triple objeto que debe proponerse el médico. Se empezara desde luego por introducir entre los párpados y el globo del ojo, algunas gotas del colirio vitriolado suavizado con el musilago de membrillo para apreciar el grado de sensibilidad del ojo. Si este medio produjera una irritacion demasiado activa, se reemplazará por saquillos de flores de malvas polvoreadas con algunos granos de alcanfor, y por intervalos se hará uso de los vapores aromáticos espirituosos, indicados en el capítulo de la optalmía; en fin se renovará la aplicacion de un vegigatorio à la nuca, y luego de calmada la grande sensibilidad del ojo, se repetirá el uso del colirio vitriolado simple al principio, y luego animado con algunas gotas de espíritu de vino alcanforado. Si se observa con atencion lo que sucede durante este procedimiento, se verá que á medida que la optalmia crónica se disipa, y la accion del sistema absorvente se escita, el cúmulo de albúmina que forma el hypopion empieza por dividirse en muchas partes, se diluye, disminuye, y acaba con el tiempo por desaparecer completamente.

No siempre puede prometerse el mismo suceso de la curacion del hypopion aun quando el derrame se haya hecho en poco tiempo, y que sea tan sumamente abundante que llene las dos cámaras, las dilate, y comprima con mas ó menos fuerza la córnea. Apesar de los mas bien indicados socorros del arte, síguense muy amenudo accidentes mas graves que

el mismo hypopion; hablo de la ulceracion, del oscurecimiento, y ruptura de la córnea; accidentes cuya causa prócsima mira mas bien à la naturaleza del humor del hypopion que al grado de compresion que egerce en la córnea. Juan Hunter (1) à quien debemos importantes observaciones sobre este punto de pathología quirúrgica ha manifestado muy bien que las substancias estrañas introducidas en una parte cualquiera del cuerpo humano, aunque no sean nocivas por si mismas, tienen la propension à dirigirse àcia el exterior y que el mismo grado de compresion que no produce ningun efecto cuando obra de fuera à dentro, determina la ulceracion de la parte comprimida cuando se egecuta en sentido contrario.

Asi pues, cuando el producto de la secrecion de las glándulas de Meybomio se acumula en el saco lacrimal, en lugar de forzar el paso por el canal nasal, (lo que seria fácil), determina la ulceracion del saco; pues nadie duda que el mismo grado de compresion aplicado al exterior no fuese insuficiente para producir el mismo efecto. Asi es tambien como la materia contenida en los senos frontales altera los huesos y tegumentos de la frente, mas bien que tomar el camino que le està naturalmente abierto por la nariz, y que una bala de plomo, despues de haber permanecido mas ó ménos tiempo en el seno de los músculos, es arrojada suavemente à la superficie exterior del cuerpo, abriéndose en fin paso àcia afuera ulcerando la piel. Siguiendo él mismo proceder es, en virtud de las mismas leyes, que la materia del hypopion se dirige incesantemente àcia la córnea; y si esta materia es bastante abundante para comprimir esta membrana, el sistema absorbente excitado se dirige contra ella, la ùlcera, y la destruye.

(1) *A treatise on The blood simflamation and gun-shot wounds.*

La ulceracion de la córnea se egecuta con tanta celeridad, que pocas veces dá tiempo al cirujano para precaverla.

Apénas se ha concluido la rotura de esta membrana cuando la superabundancia del derrame se vacia (1) y el enfermo se halla aliviado. Sin embargo este alivio no es de larga duracion; pues en los mas de los casos la materia del derrame es prontamente seguida de la hernia del iris: esta membrana se atasca en medio la abertura de la córnea, y constituye la enfermedad conocida en los tratados de patología, bajo el nombre de *procedencia del iris* que formará el objeto del siguiente capítulo.

Por incómoda que sea la rotura de la córnea, la violencia de los síntomas causados por la dilatacion del ojo es algunas veces tan considerable, que el arte se vé en la precision de ganar por mano á la naturaleza para librar al paciente del enemigo que atenta contra su vida (2) y hay mucho ménos que ti-

(1) Por esto, el hypopion llegado á un grado muy alto de intensidad es llamado por los mas de los cirujanos *el empiema del ojo*.

(2) Memorias de la academia de cirujia tomo XIII pag. 279.

Pasé algunos dias en una plaza de armas, en donde dos hermanas señoritas de distincion, tuvieron al mismo tiempo la viruela, á la edad de 24 años: la materia variolosa hizo un retroceso en los ojos; las pústulas habian hecho la descamacion por todo el cuerpo, y no hubiera quedado ninguna duda sobre la feliz terminacion de la enfermedad, si los ojos no hubiesen sido afectados. Su hinchazon ocasionaba calentura, y violentos dolores acompañados de calor y pulsacion. Llamado á junta con otros muchos profesores de cirujia de la villa, y otros dos cirujanos mayores de la guarnicion, propuse la abertura de los ojos para salvar la vida. Mi proposicion no fué admitida. Creí conveniente manifestar que aquellos órganos estaban perdidos sin recurso; la razon mas convincente que se me propuso fué que jamas se habia oido hablar de tal operacion, sobre todo uno de los consultores halló por muy extraño el haber propuesto abrir los ojos, pero la muerte muy pronta de una de estas señoritas ocasionó algun sentimiento á los padres por haber accedido al dictámen mas numeroso. La otra hermana tuvo la suerte de librarse por su naturaleza próvida. Se hizo una abertura espontánea por donde se evacuó el pus formado entre las tunicas del ojo. Sus ojos con-

tubear pues que el ojo está casi siempre perdido sin recurso.

Los dolores que experimenta el enfermo en este órgano y en toda la cabeza son tan vivos que frecuentemente producen el delirio, y dan que temer una afeccion semejante las partes situadas en el interior del cráneo.

Si despues de evacuada la materia del derrame quedase alguna esperanza de restablecer la trasparencia de la córnea y la accion de las otras partes del ojo, seria sin duda muy prudente el dividir esta membrana àcia su parte inferior, como en la operacion de la catarata por estraccion. ¿Mas como se podrá esperar en una enfermedad en la que la córnea esta opaca en todo su diámetro, y próxima à caer en putrefaccion como digo, esperar que pueda recobrar su trasparencia aun en algunos puntos? El medio mas seguro y pronto para aliviar al enfermo de los horribles dolores que experimenta, consiste en cortar con un pequeño bisturì el centro de la córnea en la estension de una línea y media; se coje con las pinzas el colgajo que resulta de esta primera incision, y se quita con las tijeras de manera que resulte en el centro de la córnea una abertura con pérdida de substancia, cuyo diámetro iguala al de una lenteja.

Apénas queda practicada esta abertura cuando se verifica la salida de la porcion mas fluída de la materia que dilataba el globo del ojo; sigue luego el albùmina el mismo camino, y el cristalino, y el cuerpo vitreo se escapan à la vez. Para precaver este accidente deben los cirujanos abstenerse de comprimir fuertemente la bulba del ojo para acelerar la evacua-

servaban la forma globular, y vólumen natural, quedando no obstantè ciega, despues de haber corrido los mayores riesgos de perder la vida.

cion del humor vitreo, por que la esperiencia ha demostrado ser ventajoso el que la salida de este humor se verifique por si mismo poco à poco. Inmediatamente despues de la operacion se cubrirà el ojo con una cataplasma emoliente, sin perjuicio de los antiflogísticos generales, y los calmantes del sistema nervioso. A medida que las partes internas del ojo entran en supuracion, el bulbo de este órgano se baja, vuelve à entrar en el fondo de la òrbita, y se cicatriza; dejando la facilidad de poder substituir un ojo artificial.

De lo dicho resulta que cuando la opacidad de la córnea no tiene remedio, y la dilatacion es tan considerable que promueve accidentes que dan que temer por la existencia del enfermo, el corte de la córnea es tan necesario, como inútil y peligroso en el hypopion ordinario, que es el que con mas frecuencia se presenta en la práctica. (1) Por lo demas tal es la

(1) Del mismo modo de pensar que el autor es el Sr. Demours con los mas de los prácticos: la incision de la córnea seguida frecuentemente de la procidencia del iris, ocasiona á un en casos mas aciagos, la desorganizacion del globo ocular. La inflamacion interior, que ocasiona atroces é insoportables dolores, determinada por la distension que indispensablemente sufren todas las partes del ojo por la presencia del pus que llena desmesuradamente las cavidades de este órgano, es la única circunstancia que imperiosamente reclama la decision del profesor á la incision de la córnea. Sucede algunas veces que acumulado el pus que forma el hypopion, se fragua por si mismo salida abriendo la córnea; en este caso si la abertura es suficiente basta tratarla como las úlceras de esta membrana; pero siendo demasiado estrecha no debe vacitarse en hacerla mayor por medio de un estilete acanalado y las tigras, habiéndose verificado en paraje conveniente, pero sino, se practicará la incision en el lugar indicado; pues es indadable que el pus hallando mas facilidad en salir por la abertura hecha con el instrumento cortante no lo verificará por la que siendo mas estrecha no le permite derramarse con la misma libertad. Wollhouse teme que este proceder no aumente la disposicion inflamatoria del ojo, pero este accidente es mas probable lo ocasione la presencia del pus que causa la irritacion de las partes internas del órgano, que no la incision de la córnea cuya sensibilidad es mediana. (El traductor español.)

conducta que debe observar el cirujano en casos de derrame sanguíneo en el interior del ojo de resultas de una contusion Si este derrame no escita ni espasmos, ni dolores, etc. es preciso abandonarlo à la observacion: pero si es abundante y capaz para dar lugar à accidentes análogos à los producidos por el *empiema del ojo* es preciso apresurarse à practicar el corte de la córnea para dar salida à la sangre detenida. (1).

Observacion cuadragesima segunda.

Una aldeana de constitucion robusta, de edad de 35 años, fue conducida à este hospital à últimos de Abril de 1796; habia tres dias que padecia una opthalmía muy intensa, una grande hinchazon en los párpados, inyeccion de la conjuntiva, dolor muy vivo, calentura, y vigilia. Ignoro la causa de esta enfermedad. Ordené à esta muger una copiosa sangría de brazo y pie, la aplicacion de algunas sanguijuelas à los ángulos de los ojos, y una pocion purgante. Estos medios

(1) Refiere Galeno que en su tiempo habia un oculista llamado Justus que habia curado muchos hypopions por medio de sacudimientos que egecutaba con la cabeza del enfermo; con dicha maniobra, dice, que el pus bajaba, colocándose ácia la parte inferior del ojo, de donde no volvia á subir. Este proceder no podia ménos de promover acaloradas discusiones entre los sabios, dudando algunos de la verdad del hecho; juzgando otros que Galeno se habia manifestado demasiado lacónico en un asunto de tanta transcendencia pues que nada podia inferirse de cuanto habia dicho. Heistier asegura sin embargo haber visto resolverse la materia que se habia derramado en el ojo de resultas de una catarata purulenta à beneficio de los sacudimientos à los que se espuso el enfermo en un viage que emprendió poco tiempo despues con carruaje: y no duda por lo mismo que el proceder de Justus pudiese tener buenos resultados, en especial teniendo la precaucion de acostar al enfermo con la cabeza mas baja que el resto del cuerpo, ejecutando antes algunas ligeras fricciones en el globo del ojo. De estas mismas maniobras se valia tambien Mouchart para hacer subir el pus ácia la prunela, y disponerlo à pasar à la cámara posterior en donde era desleido y absorbido por el humor aqueo. (El traductor español.)

bastaron para calmar el período inflamatorio, y sin embargo se hizo en la cámara anterior un derrame de albúmina que llenaba el tercio de esta cavidad.

Las lociones de agua de malvas, la aplicación de yervas emolientes hervidas con leche; la dieta, y el emético produjeron tan buen efecto que el día 11 la enferma pudo sufrir la impresión de la luz moderada.

Mientras insistí en la aplicación de los tópicos emolientes, el hypopion empezó à disminuir, y desapareció completamente en el espacio de trece días; creí entónces que convenia aumentar la energía de los remedios locales, añadiendo à las cataplasmas algunos granos de alcanfor. Efectivamente en ménos de una semana, no existia ni rubicundez en la conjuntiva, ni mancha detrás de la córnea.

Observacion cuadragésima tercia.

Magdalena Bignani, jardinera, de 40 años de edad, de una débil constitucion, padecia una optalmía muy grave en el ojo izquierdo. Apesar de las muchas sangrías, se formò en la cámara anterior un hypopion que ocasionaba casi la entera opacidad de la córnea. Entró la enferma en el hospital el séptimo dia despues de la invasion de la enfermedad; se quejaba principalmente de dolores vivos y lancinantes en el ojo y en la region temporal del mismo lado.

La hize aplicar sanguijuelas à los ángulos de los párpados, la purgué suavemente con dos dracmas de cremor de tártaro soluble y un grano de tártaro stibiado en una libra de decoccion de raiz de grama, y cubriose el ojo de una cataplasma de miga de pan con leche y azafran. En cuatro dias cesó el periodo inflamatorio, y con él los dolores del ojo y del temporal; pero el hypopion permanecia en el mismo estado.

Me contenté con la prescripcion de alimentos fáci-

les de digerir, y la aplicacion de cataplasmas de malvas, recomendando que las renovasen à medida que se enfriasen. Durante el uso de estos remedios empezó el hypopion à disminuir; y diez dias despues, à contar de la terminacion del período inflamatorio de la optalmia, la pupila se manifestó descubierta.

Quedaba sin embargo aun un poco de albúmina en el fondo de la camàra anterior y un poco de rubicundez en la conjuntiva, procedente de la atonía de esta membrana. Hize añadir à las cataplasmas de malvas algunos granos de alcanfor para reanimar la accion de los vasos absorventes, y volver al ojo su transparencia: la mejoría fué sensible à los trece dias. Habiendo desaparecido el hypopion, la enferma hizo uso con exito del colirio de acetate de plomo, agua de llanten y mucilago de las semillas del membrillo, con el objeto de fortificar la conjuntiva y sus vasos.

Observacion cuadragésima cuarta.

Una robusta aldeana de 20 años de edad, fue herida en el ojo derecho por un pedazo de leño, que determinò sucesivamente una inflamacion muy intensa y un hypopion que ocupaba la mitad de la camàra anterior. Existia ademas al lado esterno é inferior de la córnea, y muy probablemente en el lugar herido, una ulcerilla de color pardusco, profunda, cuya circunferencia era igual à la de un grano de mijo: finalmente la conjuntiva estaba rubicunda é hinchada. Entrò la enferma en el hospital cinco dias despues de su accidente.

La hize sangrar abundantemente del brazo y del pie, la purgué muchas veces con el cremor de tartara soluble, y el tártrite antimonial de potasa disuelto en una decoccion de grama. Cubrí los párpados con una cataplasma de miga de pan leche y azafran. Cuatro

días despues el período inflamatorio de la optalmía podia ser considerado como terminado, à no ser algunas comezons pasageras de que se quejaba todavia la enferma.

El sexto dia me pareció mas tranquila que lo ordinario: efectivamente el hypopion habia considerablemente disminuido, y percibí una gotita del flúido que lo constituia, próxima à salir por la úlcera de la córnea. Me guardé bien de ejecutar la menor compresion en el globo del ojo, por temor de ocasionar la procedencia del iris queriendo forzar la salida de la materia del derrame. Continué pues las cataplasmas emolientes hasta la evacuacion completa de esta materia que se verificò en el espacio de siete dias. Toqué entonces la ulcerilla con la piedra infernal, hasta producir una escara profunda y muy adherente. La intensidad del dolor que experimentaba la enferma, y la repentina rubicundez que se apoderó de la conjuntiva, me hicieron temer la reproduccion del período inflamatorio; pero las embrocaciones de leche tibia, los tópicos emolientes, una emulsion con el laudano líquido todas las noches, produjeron una perfecta calma. La escara se mantuvo en su lugar por espacio de cuatro dias consecutivos, cayò al quinto, y entónces reiteré el toque con la piedra infernal: los accidentes determinados por esta segunda operacion fueron menores que los de la primera. A la caida de la segunda escara el fondo de la ulcera se manifestó cubierta de granulaciones y en un estado próximo à la cicatrizacion. El colirio vitriolado continuado por el espacio de quince dias completò la curacion. (1)

(1) Podía haber estraído de mis diarios una infinidad de observaciones análogas à las anteriores si lo creyera necesario para la inteligencia del método curativo que acabo de esponer. Me limitaré solamente en hacer observar que es muy raro en los hospitales ver el hypopion, miéntras dura el período inflamatorio de la optalmía, pues que los aldeanos y la ple-

Observacion cuadragésima quinta.

Mauro Spagnoli, aldeano, de 60 años de edad, entró en el hospital de 20 de Marzo de 1793: adolecía de un hypopion en el ojo izquierdo que segun relacion del enfermo existia hácia ya tres semanas, y se habia formado de resultas de una violenta optalmía felizmente curada por las sangrías, y demas antiflogísticos. No experimentaba por otra parte ningun dolor notable en el ojo, y sufría sin repugnancia una luz moderada. La conjuntiva estaba rubicundo, pero provenia esta rubicundez de la atonia de los vasos. La edad del enfermo, la poca sensibilidad del ojo, y el estado estacionario del hypopion, todo manifestaba la necesidad de ecsitar la actividad del sistema linfático y fortificar los vasos de la conjuntiva para apresurar la absorsion de la materia derremada en la cámara anterior. Asi, lejos de emplear los antiflogísticos, como en los casos precedentes, ordené al enfermo los alimentos nutritivos proporcionados á las fuerzas del estómago, y una decoccion de la quinquina á la dosis de tres onzas tres veces al dia. Hize echarle algunas gotas cada dos horas del colirio vitriolado en el ojo y dispuse se le aplicase un vegigatorio á la nuca. En ocho dias el hypopion disminuyó por mitad, perdiendo la conjuntiva la rubicundez parda que tenia desde el principio. En fin aumenté la energia del colirio vitriolado añadiéndole algunas gotas del espíritu de vino alcanforado, y diez dias despues ya no existia ningun vestigio de hypopion, ni de flegmasia.

Se tienen la costumbre de hacerse sangrar copiosamente, y con frecuencia en las inflamaciones de los ojos, lo que comunmente tiene un feliz resultado. Mas luego de cesar los síntomas inflamatorios se hace en el interior del ojo un derrame de albúmina que oscurece la trasparencia de la córnea, y entonces se deciden á entrar en el hospital.

Observacion cuadragésima sesta.

Juan Nuvola de 45 años de edad de una débil constitucion, enfermizo trabajador en los arrozales, fué herido en el ojo derecho por una espiga de arroz, con tanta fuerza, que en el mismo dia se manifestó una optalmia dolorosa; pocos dias despues se vió en la cámara anterior un derrame de materia que llenaba un tercio de su capacidad. Este enfermo fué sangrado con abundancia; y purgado; se le hicieron cuidadosamente las lociones en el ojo con la infusion de las flores de sauco y ojas de malvas.

El séptimo dia à el primer período de la optalmia siguió el segundo, pero quedando siempre el hypopion en el mismo estado; el ojo dañado no presentaba ningun síntoma importante solamente estaba cubierto de una simple compresa destinada à defenderlo de la impresion de la luz y del aire. El enfermo salió, y se dedicó ya un tanto à sus trabajos ordinarios; pero quince dias despues de la terminacion del periodo inflamatorio, viendo que la trasparencia de la córnea no volvia, se decidió à venirse al hospital. Una inflamacion crónica ocupaba la conjuntiva, estando la córnea opaca, ligeramente escoriada en dos puntos, como si se hubiese quitado la epidermis.

Para satisfacer la doble indicacion, presentada por la debilidad general y local, prescribí los alimentos tónicos y nutritivos, y el uso interior de la quinquina; aconsejé al mismo tiempo el colirio vitriolado que no pudo soportar el enfermo sino un poco caliente. En pocos dias los vasos de la conjuntiva recobraron el tono, y desapareció la optalmia crónica; disminuyó el hypopion prontamente, y quince dias despues habien-

do la córnea recobrado su trasparencia natural, fué consolidada la curacion por la pomada de Janin. Nuvola sali6 del hospital perfectamente curado.

Observacion cuadragésima séptima.

Felipe Saletta, molinero en Calignano, de 56 años de edad, entr6 en el hospital el 26 de Diciembre de 1794: sufría un hypopion que llenaba los dos tercios de la cámara anterior del ojo derecho; los vasos de la conjuntiva estaban dilatados y varicosos, los párpados lagañosos, y se observaban escoriaciones superficiales en algunos puntos de la córnea. Sin embargo el dolor era moderado, y el enfermo sufría facilmente la impresion de la luz.

Me dijo que al principio de su enfermedad, que hacia ya un mes, habia mejorado con una sangría, pero que desde entonces la enfermedad estaba siempre en el mismo estado, apesar de las continuadas fomentaciones del agua de malvas.

Ordené à este enfermo, seis dracmas de la quinina divididas en tres d6sis, y lo puse al uso de una dieta animal y fortificante; le recomendé inyectar de dos en dos horas en el ojo enfermo algunas gotas de colirio vitriolado, sulfato de zinc cinco granos, agua destilada de llanten cuatro onzas, mucilago de las semillas de membrillo media onza. El ojo se manifestaba poco sensible à la accion estimulante de este medio y le añadí un poco de espíritu de vino alcanforado. En diez dias el hypopion y la optalmia cr6nica desaparecieron. El uso de la pomada de Janin (1) con-

(1) Advierto sin embargo à los prácticos jóvenes que solo empleen esta pomada mezclándola en el principio con una cantidad de grasa mayor

tinuado por espacio de doce dias mañana y tarde, bastó para dar tono à las partes afectadas y suspender la secrecion de lagañas.

que la que se indica en la fórmula, de lo contrario es tan sumamente irritante que hace mas daño que beneficio.

FIN DEL TOMO PRIMERO

71	PRERACIO del ARTERIA
71	ADVERTENCIA: Del Frenetico
71	CAPITULO 1º Del fuso papilar transforme
80	CAPITULO 2º Del Oruculo
83	CAPITULO 3º De los tumores cisticos de los pá-
83	pados
83	CAPITULO 4º De la inflamacion de la membrana por
83	el roce de las pestañas
83	CAPITULO 5º De la relajacion del pabado superior
83	CAPITULO 6º De la vuelta ó inversion de los pá-
84	pados
107	CAPITULO 7º De la ophtalmia
117	CAPITULO 8º De la nube de la córnea
102	CAPITULO 9º Del catarato, y del leucoma
107	CAPITULO 10 De la uicerá de la córnea
183	CAPITULO 11 Del ptirigion
200	CAPITULO 12 Del exantema
206	CAPITULO 13 Del hipopion

INDICE

De las materias que contiene este tomo.

PREFACIO <i>del autor.</i>	vii
ADVERTENCIA <i>Del traductor.</i>	xi
CAPITULO 1º <i>Del flujo palpebral puriforme.</i>	i
CAPITULO 2º <i>Del orzuelo.</i>	50
CAPITULO 3º <i>De los tumores cysticos de los párpados.</i>	53
CAPITULO 4º <i>De la irritacion del ojo causada por el roze de las pestañas.</i>	65
CAPITULO 5º <i>De la relajacion del párpado superior</i>	85
CAPITULO 6º <i>De la vuelta ó inversion de los párpados.</i>	91
CAPITULO 7º <i>De la optalmia.</i>	107
CAPITULO 8º <i>De la nube de la córnea.</i>	147
CAPITULO 9º <i>Del albugo, y del leucoma.</i>	162
CAPITULO 10 <i>De la úlcera de la córnea.</i>	167
CAPITULO 11 <i>Del pterygion.</i>	185
CAPITULO 12 <i>Del encanthis.</i>	200
CAPITULO 13 <i>Del hipopion.</i>	206

CORRECCIONES.

<u>Página.</u>	<u>Línea.</u>	<u>Dice.</u>	<u>Léase.</u>
2	22	rhumatica	reumatica
8	6	dilitacion	dilatacion
10	10	hizo segregar	que hizieron segregar
13	5	aficacia	eficacia
35	11	tablecer	restablecer
42	17	adiccion	adicion
52	1	afectuarse	efectuarse
53	8	accido	acido
id.	14	vegoto	vejeto
54	30	adiccion	adicion
69	15	que su situasion	que dar su situacion
76	12	solamente del todo	solamente obscurecida
77	33	á penas	apenas
79	12	pestañas	pequeñas
83	30	Curacion , momentanea	curacion momentánea ,
86	16	disiparse	disiparse
87	27	pero curarse	Curarse
99	16	levantar , lo mas	levantarlo mas
103	10	pardado	párpado
110	37	obstruirse	desobstruirse
114	3	erisipela tosa	erisipelatosa
id.	34	proeminente	prominente
115	2	esclerotica	esclérotica
126	17	gonerrea	gonorrea
137	11	clibre	libre
id.	24	galatinosos	jelatinosos
142	26	variculosa	variolosa
147	26	ó unudosas	ó nudosas
id.	últ.	(1) Lam. 2.	(1) Lam. 1.
153	11	abriendolo el hasta	abriendolo hasta
101	32	violvenor	volvieron
164	10	córnea , vuelven	córnea , mas vuelven
168	1	virifican	verifican
id.	17	especialmente por una	especialmente una

*Nota. Imitando en un todo el texto las láminas trán al 2.º tomo.
La lista de los Sres. suscriptores igualmente se incluirá en el 2.º tomo.*

CORRECCIONES.

Page.	Line.	De.	A.
10	10	De	A
11	10	De	A
12	10	De	A
13	10	De	A
14	10	De	A
15	10	De	A
16	10	De	A
17	10	De	A
18	10	De	A
19	10	De	A
20	10	De	A
21	10	De	A
22	10	De	A
23	10	De	A
24	10	De	A
25	10	De	A
26	10	De	A
27	10	De	A
28	10	De	A
29	10	De	A
30	10	De	A
31	10	De	A
32	10	De	A
33	10	De	A
34	10	De	A
35	10	De	A
36	10	De	A
37	10	De	A
38	10	De	A
39	10	De	A
40	10	De	A
41	10	De	A
42	10	De	A
43	10	De	A
44	10	De	A
45	10	De	A
46	10	De	A
47	10	De	A
48	10	De	A
49	10	De	A
50	10	De	A
51	10	De	A
52	10	De	A
53	10	De	A
54	10	De	A
55	10	De	A
56	10	De	A
57	10	De	A
58	10	De	A
59	10	De	A
60	10	De	A
61	10	De	A
62	10	De	A
63	10	De	A
64	10	De	A
65	10	De	A
66	10	De	A
67	10	De	A
68	10	De	A
69	10	De	A
70	10	De	A
71	10	De	A
72	10	De	A
73	10	De	A
74	10	De	A
75	10	De	A
76	10	De	A
77	10	De	A
78	10	De	A
79	10	De	A
80	10	De	A
81	10	De	A
82	10	De	A
83	10	De	A
84	10	De	A
85	10	De	A
86	10	De	A
87	10	De	A
88	10	De	A
89	10	De	A
90	10	De	A
91	10	De	A
92	10	De	A
93	10	De	A
94	10	De	A
95	10	De	A
96	10	De	A
97	10	De	A
98	10	De	A
99	10	De	A
100	10	De	A

Nota: Las correcciones hechas en esta obra son de la propiedad de la casa editorial y no se permite su reproducción sin el consentimiento expreso de los editores.

TRATADO
DE LAS
ENFERMEDADES DE LOS OJOS.

TOMO II.

CON SUPLENTO ABRIL 1860.

ESTABLECIMIENTO DE BARRAQUERÍA, CALLE DE SAN JUAN, N.º 11.
MADRID, 1860.

TRATADO

DE LAS

ENFERMEDADES DE LOS OJOS.

TRATADO

DE LAS

Enfermedades de Los ojos

POR ANTONIO SCARPA.

QUINTA Y ULTIMA EDICION ITALIANA ; AUMENTADO CON NOTAS EN LA VERSION FRANCESA Y TRADUCIDO EN CASTELLANO CON VARIAS ADICIONES POR

EL PROFESOR DE MEDICINA Y CIRUJIA.

Don Jayme Ysern y Jener,

PRIMER AYUDANTE DEL CUERPO DE CIRUJIA MILITAR PENSIONADO POR S. M.
CIRUJANO Y MÉDICO DEL REGIMIENTO DE WIMPFEN I.º DE SUIZOS.

TOMO II.



CON SUPERIOR APROBACION.

Barcelona: Imprenta de MANUEL SAURÍ y Compañía.
Año 1828.

TRATADO

DE LAS

Enfermedades de los ojos

POR ANTONIO SCARPA.

QUINTA Y ÚLTIMA EDICIÓN ITALIANA; AUMENTADO CON NO-
VEA DE LA VERSIÓN FRANCESA Y TRADUCIDO EN CAS-
TELANO CON VARIAS ADICIONES POR

EL PROFESOR DE MEDICINA Y CIRUJIA

Don Juan Ferrer y Ferrer

PRIMER AYUDANTE DEL CUERPO DE CIRUJIA NUEVAS EDICIONES POR S. M.
DON JUAN FERRER Y FERRER, MEDICO DEL HOSPITAL DE SAN CARLOS
AÑO 1.º DE JUNIO.

TOMO II.



CON SUPERIOR APROBACION.

Barcelona: Imprenta de Manuel Saval y Compañía.
Año 1828.

TRATADO DE LAS ENFERMEDADES DE LOS OJOS.

CAPITULO I.

DE LA PROCIDENCIA DEL IRIS.

EL iris conserva su situacion natural, y se mantiene à una distancia conveniente de la córnea, mientras que ecsiste un perfecto equilibrio entre los humores del ojo. Sujeta esta membrana en todos sentidos à compresiones iguales, cualquiera que sea su delicadeza y su estensibilidad, se contrahe ó se dilata sin formar jamas ninguna arruga, ni pliegue disforme.

Pero luego que una úlcera de la córnea, una abertura artificial de esta membrana, permite al humor aquëo derramarse por afuera, entonces la continua compresion ejecutada en el *iris* por los humores situados detras de él no siendo ya equilibrada por la resistencia del líquido que contenia la cámara anterior, se vé que esta membrana se dirige ácia adelante acabando por introducirse en la abertura de la córnea.

Manifiéstase inmediatamente en esta última membrana un pequeño tumor de color del *iris* que los mas de los cirujanos llaman *estafiloma*, y que yo con Galeno quiero llamarlo (1) *procidencia del iris*, pa-

(1) *De differentiis morborum clas. cap. 13. Contingit veté non nunquam ut tunica cornea appellata profundum habeat ulcus, qua deinceps*

ra distinguir esta enfermedad de otras en que el nombre de *estafiloma* les es mas particularmente aplicable.

Las causas de las procidencias del iris, son las úlceras y heridas penetrantes de la córnea y las roturas de esta membrana producidas por violentas contusiones en el globo del ojo.

Puede la córnea abrirse accidentalmente; en la operacion de la catarata por estraccion se corta siempre; tambien la dividen algunos cirujatos para facilitar la salida de la materia de un hypopion: si en todos estos casos las heridas de que ella es el asiento no se reunen inmediatamente, si sus labios no se adhieren con bastante fuerza para oponerse à la salida del humor aqueo, el iris, arrastrado por la corriente de este humor que se dirige continuamente àcia la herida atascándose entre los bordes de ella, se alarga y se manifiesta al exterior bajo la forma de un pequeño tumor. Lo mismo sucede tambien si existe una herida de la córnea, si el globo se halla fuertemente contuso ò comprimido por un vendaje; ò bien si al enfermo le acomete un espasmo de los músculos de este òrgano, vomitos fuertes y repentinos, y toses violentas. Las úlceras de la córnea que penetran en la cámara anterior dan lugar mas frecuentemente que las heridas de esta membrana à la *procidencia del iris*; porque esciste una verdadera pérdida de substancia; y que es imposible el cerrarse, por la aprocsimacion de sus bordes, la solucion de continui-

exesa tota, aliquid ex eâ tunica procidat, quæ secunda post corneam ordine sita est, uvea appellata, et ipsa pupilla una divulsionem patiatur. Atque ex his tribus omnibus quolibet passio oculi existimatur; quodvis ulcus et erosio ad solam corneam pertinet, procidentia ad uveam, et divultio ad pupillam.

Et tunica uvea, ut plurimum, relaxatur, cum cornea nimium erodit contigerit. De causis morborum. Clas. III. cap 10.

dad de una membrana tan compacta y delgada como la córnea. Por lo demas el tumorcillo tiene necesariamente el color moreno ó pardo oscuro del *iris*, su base está rodeada de un cerco opaco (1) que corresponde á la circunferencia de la úlcera ó de la herida de la córnea.

Rara vez la *procidencia del iris* es múltiple: en efecto es poco comun que la córnea esté abierta en muchos lugares á la vez; pero si asi sucediera, se observa en el ojo un número de tumorcillos igual al de las aberturas de esta membrana. He visto á un enfermo acometido de una triple *procidencia del iris* ocasionada por tres úlceras de la córnea que penetraban en la cámara anterior, una de ellas ácia su parte mas elevada, y las otras dos ácia abajo.

Si se considera la delicada estructura del iris, el inmenso número de vasos sanguíneos y filamentos nerviosos que van á parar á él como á un centro comun, facilmente se formará la idea de la violencia de síntomas que necesariamente acompañan la precidencia de esta membrana. Por pequeño que sea el tumor aun cuando no sea mayor que la cabeza de una mosca, espuesto sin cesar al contacto del ayre, al de las lágrimas y de las lagañas, á un continuo frote por el movimiento de los párpados, se obstruye, se hincha y no tarda en experimentar una verdadera estrangulacion que no dejara de aumentar los efectos de la irritacion. Al principio el enfermo compara el dolor que experimenta al que produciria una espina clavada en el ojo; quéjase al mismo tiempo de una sensacion incòmoda de ligadura ó compresion de todo el globo del ojo; luego se resiente da una optalmía violenta, haciéndosele insufrible la luz; la porcion saliente del *iris* ejerce so-

(1) Lam. x. fig. 6.

bre el resto de esta membrana un continuo estiron que necesariamente deforma la pupila, que y toma una figura ovalada (1) se adelanta ácia el tumor. Pero la inflamacion, el dolor, y demas síntomas que acompañan la procidencia del iris no aumentan; la esperiencia ha acreditado que esta enfermedad abandonada á sí misma frecuentemente pierde su carácter inflamatorio y cesa enteramente el dolor. He visto ultimamente un hombre de 50 años que despues de dos meses y medio que sufría en el ojo derecho una *procidencia del iris* el volumen del tumor igualaba al de dos granos de mijo reunidos; apénas el enfermo paraba la atención, y no esperimentaba otra incomodidad que un ligero obstáculo en el movimiento del ojo producido por el frote que sufría del párpado inferior; tenia ademas una ligera rubicundez habitual de la conjuntiva: comprimiendo con la estremidad del dedo el tumorcillo, observé que era duro y como calloso; atribuí la falta del dolor y su dureza, por una parte á la estrangulacion ejercida sobre su base por los bordes de la herida de la córnea, por otra á la accion continua del ayre y de las lágrimas.

Para curar en su principio esta enfermedad, aconsejan unos reponer el iris á la cámara anterior del ojo á beneficio de una sonda de hueso de ballena, queriendo otros que en caso de obstáculo, se agrande la úlcera ó la herida de la córnea, del modo que se ensancha la abertura que estrangula una hernia; contentandose algunos con irritar la porcion desprendida del iris para provocar su retraccion ò el esponer repentinamente el ojo enfermo al contacto de una luz viva, con la esperanza de que contrayéndose la pupila con energía podria el iris volver á su natural situación. Pero ma-

(1) Lám. 1. fig. 6.

nifiesta la esperiencia la insuficiencia y el daño de todos estos medios; porque, suponiendo que se llegue á reducir el *iris* sin desgarrarlo ¿como se podrá impedir que la herida de la córnea no dé salida al humor aquëo, y por consiguiente desaloje nuevamente el *iris*?

No puede prescindirse de que la procidencia del iris, sea un accidente muy grave; pero si se reflexiona que es imposible, no digo impedir, pero ni aun parar el derrame del humor aquëo cuando la estension de la ulcera ó de la herida de la córnea pasa mas allá de ciertos límites, se verá que en circunstancias tan poco favorables, la *procidencia* léjos de ser un daño, es tal vez al contrario el único medio que puede precaver la pérdida completa del ojo; porque colocado el tumor como una especie de tapon en la abertura de la córnea impide la salida del humor aquëo, cuya presencia indispensable al restablecimiento del equilibrio, precave los progresos ulteriores de la *procidencia* y la evacuacion completa del órgano de la vista. La evidencia de este resultado prueba con toda claridad lo que dije anteriormente, la inutilidad y peligro de todos los medios propios para reducir el iris.

Conforme á estos principios, dos son las indicaciones principales que hay que atender para la curacion de la procidencia reciente del iris. La primera consiste en embotar con la posible brevedad la extrema sensibilidad de la porcion mal colocada de esta membrana; la segunda destruir gradualmente el tumor, sin romper no obstante sus adherencias con la parte interna de los bordes de la abertura que atraviesa: es preciso limitarse á destruir todo lo que sobresale de la córnea, para permitir á los labios esternos de la herida el aprocsimarse y unirse.

Para llenar ambas indicaciones, no conozco medio

mas seguro ni mas pronto, que el cauterizar el tumor con la piedra infernal, ò la manteca de antimonio. Esta pequeña operacion es tan pronta como simple: se coloca detrás del enfermo un ayudante experimentado que levanta el párpado superior sirviéndose del elavador de Pellier; se recomienda al primero, cuando su edad le permite la razon y firmeza necesaria, tener fijo é inmóvil el ojo sobre un mismo objeto; al mismo tiempo que el ayudante levanta el párpado superior, el operante baja el otro con los dedos índice y medio de la mano izquierda, toma con la derecha un pedazo de nitrato de plata cortado en forma de lapiz, y lo aplica sobre el centro del tumorcillo con bastante fuerza de modo que produzca una escara de una regular profundidad.

El enfermo en el mismo momento de la aplicacion del cáustico experimenta un dolor muy agudo, pero que cesa luego si se tiene la precaucion de lavar el ojo con leche tibia. La accion del nitrato de plata desorganiza el tumor, y lo trasforma en una escara que garantiza las partes sensibles del frote de los párpados, del contacto del aire, y del de las lágrimas: tampoco tarda en calmarse la sensacion incómoda de escozor y constriccion que experimentaba el enfermo: al mismo tiempo la inflamacion de la conjuntiva y el lágrimeo disminuyen de un modo sensible.

Esta calma dura miéntras la porcion mortificada subsiste adherida al resto del íris; esto es ecsactamente lo que acaece en casos de úlcera en la córnea; pero à la caída de la escara, que tiene lugar dos ò tres dias despues de la operacion, se renuevan los dolores con la diferencia que son menos agudos que antes; ademas que el tumor es ménos prominente sobre la córnea. Al regreso de estos síntomas, el cirujano apelarà nuevamente al nitrato de plata, que aplicará segun las reglas prescritas; repetirá esta

operacion tres y cuatro veces , ó en fin hasta que habiendo el tumor disminuido por debajo de los labios exteriores de la herida no pueda ya oponerse à la formacion de la cicatriz.

Repetiré en este lugar lo que ya dije anteriormente con motivo de las úlceras profundas de la córnea: hay un cierto punto, que en pasando de él, la cauterizacion, mas dañosa que útil, reanima los dolores que habia calmado àntes reproduciendo la primera inflamacion: este accidente sucede siempre que se continua cauterizando el tumor, cuando ha disminuido debajo de los labios exteriores de la herida; entonces esta operacion tiene el doble inconveniente de ecesasperar la enfermedad y destruir la cicatriz incipiente. Conviene pues abandonar enteramente el uso del cáustico cuando ocasiona vivos dolores, contentándose con lavar el ojo de dos en dos horas con el colirio vitriolado, mezclado con el mucilago de semillas de membrillo, ò bien con el compuesto de sulfato de zinc y clara de huevo; es ademas preciso recurrir mañana y tarde al uso del unguento optalmico de Janin, preparado con doble ó triple dosis de manteca. Se vé constantemente bajo la influencia de estas aplicaciones locales que supongo muy poco activas para alterar la obra de la naturaleza, se vé, digo, estrecharse la úlcera de dia en dia, cerrandose enteramente en el espacio de dos semanas. A la verdad hay casos en los que la estension de la abertura de la córnea y el volumen de la prociencia son tales, que toda aplicacion de cáustico solo ocasionaria al enfermo un dolor inútil, y determinaria una fuerte irritacion en el ojo sin procurar ninguna disminucion notable del tumor. En tal estado de cosas, es indispensable renunciar enteramente el uso de la piedra infernal, empleando solamente por tóxico el unguento de Janin, cuyo uso repetido mañana y tarde, produce una curacion

ménos pronta, es verdad, pero tan completa como posible. La adherencia que se establece entre el íris y los labios internos de la córnea, subsiste despues de la cicatrizacion y por consiguiente durante el resto de la vida del enfermo. Tal es la razon por la que la pupila, aun despues de la mas feliz curacion, se inclina acia la cicatriz y presenta una forma oval; pero este cambio en el estado y sitio de la pupila no impide al enfermo distinguir hasta los mas pequeños objetos. El poco desórden que esta conformacion acarrea á la vista, solo sorprende á los que no tienen aun la esperiencia de este hecho. Supongo por lo demas que la cicatriz de la córnea no sea muy grande, y que solo ocupa el centro de esta membrana: la vision está entonces tanto menos alterada cuanto lo está la pupila estremamente estrechada y como atraida ácia la cicatriz en el principio de la enfermedad, se prolonga con el tiempo y forma un ovalo ménos comprimido (1), inclinándose de algun modo á volver á tomar su situacion central. Este hecho ha sido observado por Richter. (2)

La esperiencia me ha convencido que el método cuya descripcion acaba de leerse, sobrepuja infinitamente á todos los demas que se han propuesto hasta aqui; es sobre todo mucho mas seguro en sus resultados, que no el simple corte del tumor.

Si se dase crédito á ciertas personas, esta última operacion mereceria una preferencia esclusiva; pero la esperiencia me ha conducido á despreciar esta opi-

(1) Lam. 1. fig. 7.

(2) *Observ. chirurg. fascicul. I-pág. 80. Omni tamen plerunque hoc vitium periculo vel damno caret, partim cum raro visui obsit, partim quia sponte plerunque pristinam suam figuram pupila induit, citius quidem alicuando, interdum veró tardius: minor pupilla sensim latior fit, oblonga fit rotunda, deorsum tracta sensim ad pristinum locum ascendit; atque hec omnia sponte plerunque fiunt.*

nion exajerada. El corte del iris solo puede practicarse con ecsito cuando esta membrana ha contrahido adherencias con los labios internos de la herida, ó de la úlcera de la córnea; esto es comunmente en el caso de *procidencias* antiguas que se han trasformado con el tiempo en un tubérculo calloso é insensible cuya base estrangulada ha tomado la forma de un pedículo estrecho y adherente en todas sus partes à la córnea. (1) El corte del tumor no tiene entonces el menor inconveniente porque es imposible que el humor aquëo se derrame, ó que una nueva porcion del iris se desprenda, pues que esta membrana ha contrahido adherencias con los bordes de la herida de la córnea. La operacion puede ejecutarse con las tijeras curvas; y la herida tocada una ó dos veces con la piedra infernal, en pocos dias se cicatriza; pero no sucede asi con una *procidencia del iris* reciente y libre.

Hace poco me ha sucedido cortar en cuatro enfermos un tumorcito del volumen de una cabeza de mosca, que no era mas que una *procidencia reciente del iris* por entre la córnea; y aunque tuve la precaucion de cauterizar la herida con el nitrato de plata inmediatamente despues de cada operacion, tuve sin embargo el disgusto de hallar el dia siguiente en mis cuatro enfermos, una nueva *procidencia* tan marcada como la primera. Temí que obstinándome en volver à cortar este segundo tumor no se formase un tercero; me contenté con la primera tentativa, y apliqué el càustico segun el método ya indicado. Este último método tuvo todo el ecsito posible; solo la pupila demasiado aproximada à la córnea quedò un poco mas cubierta por la cicatriz de lo que debia.

(1) He visto caerse por si misma una *procidencia del iris* estrangulada hácia mucho tiempo entre los bordes de una úlcera de la córnea.

Antes de concluir este capítulo aprovecharé la ocasión para llamar la atención de los cirujanos acerca una especie particular de *prociencia* menos frecuente, es verdad que la del iris, pero que sin embargo se encuentra algunas veces en la práctica. Es sino me engaño, la que impropriamente llaman los modernos *prociencia* de la membrana del humor acuëo. (1) Esta enfermedad consiste en una pequeña vegiguilla acuëa, de paredes sumamente finas y trasparentes, que se implanta en una abertura de la córnea: he visto muchas veces esta vegiguilla comparecer de resultas de la operacion de la catarata por estraccion, y en particular despues del corte de una *prociencia del iris*.

Piensan los mas de los oculistas que este tumor está formado por la membrana delicada y trasparente que tapiza la cara posterior de la córnea, y cuya descripcion nos han dado los Sres. *Decesmet* y *Demours*: "siempre que la córnea, dicen, experimenta una solucion de continuidad, la membrana del humor acuëo, demasiado endeble para resistir la compresion de los líquidos colocados detrás de ella, se prolonga insensiblemente, se implanta en la abertura de la córnea, manifestandose ácia fuera bajo la forma de una vegiguilla trasparente." Pero las siguientes reflexiones demuestran la inconsecuencia de esta teoría.

1º La membrana descrita por *Decesmet* y *Demours* no puede estar aislada por ningun medio conocido, sino ácia la grande circunferencia de la córnea; por cualquiera otra parte estas dos membranas están intimamente confundidas. Se encuentran tumores *veciculares* sobre todos los puntos de la córnea aun en su parte central: luego es cierto que todos no

(1) Caída de la túnica del humor acuëo. Véase á Janin, Pellier; Guerin, Gleize etc.

están formados por la membrana del humor aquëo.

2º Se sabe que la *procidencia vesicular* sucede con mas frecuencia despues de la estraccion de la catarata que en otras circunstancias: en este caso nadie podrá à segurar que esté formada por la membrana del humor aquëo, que fue dividida al mismo tiempo que la còrnea.

3º La *procidencia vesicular* aparece tambien algunas veces despues del corte de la *procidencia del iris*; pero es claro que deberia preceder à esta última si estuviese formada por la túnica del humor aquëo.

4º Si se corta un tumor *vesicular*, no se ven correr sino algunas gotas de líquido: el humor aquëo no sale de la càmara anterior del ojo; este accidente pues seria inevitable si el tumor estuviese formado por la membrana que tapiza esta càmara. Ademas se vé con frecuencia volver à aparecer un nuevo vesículo al dia siguiente, y precisamente en el mismo punto que ocupaba el que se estirpó el dia anterior, lo que no sucederia si estuviesen formados à costa de la túnica del humor aquëo. De todas estas consideraciones resulta à mi parecer que la enfermedad que generalmente se mira como una *procidencia* de la túnica del humor aquëo, no es otra cosa que una verdadera *procidencia* del cuerpo vitreo del que se atasca una porcion entre los labios de una herida de la còrnea, y se manifiesta bajo la forma de un vecículo trasparente. La contraccion de los mùsculos del ojo, y cualquiera otra causa de compresion del globo ocular, pueden sin duda contribuir al desarrollo de esta afeccion. (1) Una porcion del cuerpo vitreo se escapa tam-

(1) Ware piensa que estos veciculos están formados por la mucosidad que sale de los bordes de la herida de la còrnea. Dice en otra parte que dependen de la reunion de los labios internos de esta herida que queda abierta en el esteriór. Véase las notas que ha añadido al tratado de Wenzel sobre la catarata.

bien por entre una ùlcera penetrante de la córnea, siempre que el ojo experimenta una fuerte compresion; el mismo fenómeno se observa tambien algunas veces despues de haber cortado una *procidencia del iris*. En este último caso, el cuerpo vitreó desprendiendose sigue un camino ménos prolongado que el de la pupila. Es fácil igualmente concebir en ambos casos la formacion de estos vesículos transparentes; y no debe causar sorpresa verlos parecer cuando la tunica del humor aquëo está abierta, ni que retoñen cuando se les corta: en efecto en este último caso nada se opone al desprendimiento sucesivo de las celdillas del cuerpo vitreó que constituyen estos tumores vesiculares.

La curacion de esta especie de *procidencia* consiste en cortar el vesículo que sobresale de la córnea. Si la abertura que le daba salida es una herida reciente, es preciso aproximar sus bordes lo mas exactamente que sea posible; si es una ùlcera, es indispensable tocarla con la piedra infernal para producir una escara que tiene la doble ventaja de favorecer la formacion de la cicatriz, y la de oponerse á que el cuerpo vitreó se salga nuevamente de su lugar.

El corte de estos tumores diafanos, y completamente insensibles, es una operacion de las mas ligeras cuyo esito acredita diariamente la práctica: está tanto mas indicada, quanto que la *procidencia* del cuerpo vitreo tendria todos los inconvenientes de cualquier cuerpo extraño que se opusiese á la reunion de los labios de una herida de la córnea. Casi siempre es fácil cortar el tumorcillo con las tijeras curvas en el dorso, pero algunas veces es tan poco prominente que es imposible cojerlo entre las ojas de este instrumento; entonces basta hacer una puntura con una lanceta, ó con la aguja de catarata: despues de la evacuacion del líquido que contenia, se retira de los

de los bordes de la abertura de la córnea, y ya no se opone à su aprocsimacion.

Si el tumor pareciere al dia siguiente en el mismo punto, es preciso repetir la operacion que queda descrita; y procurar cerrar ecsactamente la abertura de la córnea: si es una úlcera, se aplica la piedra infernal con mas fuerza para producir una escara bastante sólida que pueda oponerse à que el cuerpo vitreo se desprenda de nuevo. Importa mucho alejar al mismo tiempo todas las causas que pueden favorecer su salida: las principales son el espasmo de los músculos del ojo; una fuerte compression de los párpados; la tos, el estornudo, los esfuerzos para deponer etc. No es ménos indispensable apartar aquellas que puedan entorpecer la marcha de la inflamacion adhesiva.

Se leen con interés dos observacion es de *Pellier* (1) sobre la *procidencia vesicular*. Podria citar otras muchas si fuese necesario añadir nuevas pruebas à todo lo que acabo de esponer: me contentaré con decir que he obtenido el mismo exito que el oculista francés, en la curacion de muchos tumores vesiculares que se elevaban sobre la córnea, por medio de una úlcera penetrante de esta membrana.

Se encuentran tambien *procidencias de la choròide*. He visto y curado este accidente en el Sr. *Giovani Bressamini* farmacéutico de Bescape. De resultas de una violenta optalmía se formó un absceso entre la *escleròtica* y la *choròide*, à dos líneas de la circunferencia de la córnea, en el hemisferio inferior del globo del ojo. Este absceso se abrió espontaneamente, y dió salida à una materia densa y viscosa, à que siguió bien pronto un pequeño cuerpo negruzco formado por la *choròide*; la aplicacion del nitrato de plata fué

(1) Observaciones sobre el ojo pág. 350. Observacion 99, 100.

suficiente para reprimirlo, dejando que se cicatrizase la úlcera de la esclerótica. El ojo de este lado quedó no obstante mas débil que el otro, y aun la pupila acabò por cerrarse casi enteramente.

Observacion primera.

Angela Maria Porta, aldeana robusta, de edad de 30 años, sujeta á dolores artríticos vagos; fué acometida de una violenta inflamacion en el ojo derecho. Esta afeccion terminó por un *hipopion*, siguiéndose bien pronto una úlcera en la córnea y una *prociencia del iris* sumamente dolorosa, à pesar de que su volumen no era mayor que la cabeza de una mosca. La enferma vino á este hospital el 25 de Mayo del año 1795.

Cauterizé el tumorcillo con la piedra infernal; algunos instantes despues de esta ligera operacion, disminuyeron sensiblemente los dolores; la escara que hize solo estuvo adherente veinte y cuatro horas: renové cada dia la aplicacion del nitrato de plata hasta el 3 de Junio. En esta época el tumor enteramente consumido, ya no volvió à salir por entre los bordes de la úlcera de la córnea; me serví entonces del unguento optálmico de Janin: en el espacio de quince dias obtuve una cicatriz perfecta.

Observacion segunda.

José Borghi, de Pavia, de 9 años de edad, fué conducido à este hospital el 22 de Enero de 1796, para curarse de una *prociencia del iris*, la cual

sobresalía en la parte lateral esterna de la córnea del ojo derecho por entre una úlcera de esta membrana. Esta afeccion estaba complicada de una op-talmía crónica con hinchazon edematosa de los párpados, y ulceraciones en el tarso. Tal era el triste estado à que estaba reducido este desgraciado niño, abandonado hacia ya mucho tiempo por la indolencia imperdonable de sus padres; no podia sufrir la luz del lado enfermo, apesar que no sintió ningun dolor cuando le apliqué el extremo de una sonda sobre el pequeño tumor *irieno* que el contacto del ayre habia hecho en alguna manera calloso.

Toqué este tumor durante una semana con el nitrato de plata; reiteré cada dia esta ligera operacion, porque la escara que resultaba de ella, se desprendia al cabo de veinte y cuatro horas. De esta manera llegué á destruir completamente toda la porcion del iris que se elevaba sobre el nivel de la córnea. Hice aplicar un sedal á la nuca, y purgué muchas veces al enfermo con la tintura de ruibarbo, à fin de disipar el infarto edematoso de los párpados. Para acelerar la cicatrizacion de la úlcera de la córnea, y hacer que desapareciesen las ulceraciones superficiales del tarso, prescribí el uso repetido por mañana y tarde del unguento optálmico de Janin, y del colirio vitriolado suavizado por el mucilago. Al cabo de veinte y ocho dias estaba completada la curacion: solamente la pupila habia tomado la forma de un óvalo; pero el enfermo distinguia con el ojo derecho hasta los mas pequeños objetos.

Observacion tercera.

Catalina Cartosi del pueblo de Veleggio, de 21 años de edad, de una constitucion débil, hizo un esfuerzo el 20 de Marzo de 1797, para romper un

pedazo de leño deblándolo contra su rodilla. Una astilla que le saltó en el ojo izquierdo, le abrió perpendicularmente la córnea en su parte lateral esterna. El iris se escapó por la abertura, y manifestóse al exterior bajo la forma de una línea negruzca dirigida de arriba á bajo; el ojo se hizo el sitio de una violenta inflamacion; la enferma despues de haberse hecho sangrar vino à este hospital ocho dias despues de su accidente.

Principié por aplicar sobre el ojo una cataplasma compuesta de miga de pan y leche; calmados los dolores, cauterizé el pequeño tumor con el nitrato de plata; la escara se desprendió alguas horas despues, y los dolores se renovaron con viveza. Para apaciguarlos ordené una pocion opiada. Por el espacio de tres dias consecutivos reiteré la aplicacion del nitrato de plata, y conseguí de este modo destruir enteramente la prominencia negruzca que se elevaba sobre la córnea. Recurrí en seguida al unguénto optálmico de Janin, que dulcifiqué doblando la dõsis de la manteca. Este medicamento produjo sus efectos ordinarios: la abertura de la córnea no tardó en cerrarse, exceptuando no obstante su parte inferior, que la atravesaba todavia una pequeña porcion del iris que habia escapado de la accion del cáustico: otras dos aplicaciones de la piedra infernal seguidas del empleo del unguénto optálmico, acabaron la curacion. Sobre la córnea quedò una mancha perpendicular formada por la cicatriz; pero como estaba fuera de la pupila no impedia que la luz penetrase en el ojo. Asi es que la enferma recuperò perfectamente la vista.

Observacion cuarta.

En el mes de Agosto de 1795, M. Mauro R.... de Pavia, de edad de 40 años, recibió un latigazo en

el ángulo esterno del ojo izquierdo precisamente á los confines de la esclerótica y de la córnea. Este accidente fué seguido de una violenta inflamacion; en el punto contuso se desarrolló un tumor que se abrió espontaneamente despues de la salida del humor aqueo; una pequeña parte del *iris* del tamaño de dos grános de mijo reunidos, se situó en la abertura y se manifestó sobre la córnea; la conjuntiva hinchada se estendia sobre la misma ácia fuera bajo la forma de una valvula, y tapaba una parte de ella. La pupila, cosa muy digna de observacion, parecia mas grande que la del lado sano, aunque habia perdido su forma circular, y tomado la de un óvalo, como en todos los casos de procidencia del *iris*.

El enfermo vino à consultarme quince dias despues de su accidente: los dolores que sufría eran muy soportables, y aun habia ya salido muchas veces de casa para ocuparse en sus negocios.

Le dije que era indispensable destruir por medio del nitrato de plata toda la porcion del iris que sobresalia exteriormente; aceptó mi proposicion. Esta ligera operacion fué repetida por el espacio de diez y ocho dias consecutivos; el tumor habia desaparecido entónces completamente, y la úlcera de la córnea parecia cicatrizarse: el colirio vitriolado que usó por el término de quince dias, acabó la curacion, é hizo desaparecer la hinchazon varicosa de los vasos de la conjuntiva. La pupila conservò la figura de un óvalo, como sucede en todos los casos que el iris sale de su lugar; pero al mismo tiempo quedò mas dilatada que la del ojo derecho, fenómeno muy singular de que solo he visto este ejemplo. El enfermo veia mejor con el ojo izquierdo que con el derecho los objetos situados en la oscuridad.

Observacion quinta.

Un postillon, de 20 años de edad, tenia desde su infancia algunos tumores escrofulosos en la region del cuello, y sufría frecuentes optalmias: fué un dia atacado de una inflamacion en el ojo derecho de tal manera violenta que determinó la formacion de un absceso en el espesor de las láminas de la córnea; ulcerada esta membrana por el pus, dej  salir una pequeña porcion del íris del tamaño de una lenteja. Vi al enfermo cinco dias despues de sucedido este accidente: el mas ligero movimiento de los párpados le causaba mucho dolor. Principi  su curacion en este hospital el 11 de Enero de 1792. Toqué al pequeño tumor con la piedra infernal apoyándola con bastante fuerza para determinar la formacion de una escara profunda. Repeti cinco veces esta ligera operacion en el espacio de nueve dias; teniendo cuidado de lavar el ojo con leche tibia despues de la aplicacion del c ustico. Destru  de este modo toda la porcion del íris que cesedia de la córnea, sin emplear mas t pico que el colirio vitriólico. En 3o de Enero estaba completa la cicatriz. La pupila conserv  la forma de un óvalo, pero no fué obstáculo para que el enfermo viese.

Observacion sexta.

José Gagi de Pavia, hombre robusto, dado al uso de las bebidas espirituosas, estaba reducido á una ceguera casi completa despues de cuarenta dias de una optalmía rebelde complicada de *procidencia del íris*. El 6 de Noviembre de 1795, se hizo transportar   esta escuela de cirujia práctica.

Sobre la parte superior de la córnea izquierda te-

nia dos prociencias del iris del tamaño de un grano de mijo; y por cúmulo de su infortunio todo el resto de la córnea estaba ofuscado por una nube espesa: ecsistia otra tercera prociencia en la parte superior de la córnea del ojo derecho; pero esta membrana conservaba en el resto de su estension su transparencia natural. El enfermo sufría un escozor bastante vivo en ambos ojos, pero no tenia dolores agudos.

Del 6 al 9 de Noviembre toqué los tres tumores con la piedra infernal; el enfermo sufrió poco con la accion del cáustico. El 10 de Noviembre el tumor del ojo derecho me pareció sensiblemente disminuido á la caída de la escara.

El 18 del mismo mes las dos prociencias del ojo izquierdo despues de tres nuevas cauterizaciones, estaban al nivel del fondo de la úlcera de la córnea. Quize estimular los bordes de esta úlcera con la piedra infernal; pero el enfermo dió prontamente señales de un vivo dolor, que calmé lavando el ojo con leche tibia, por la tarde lo cubrí con una cataplasma emoliente; renuncié enteramente el uso del cáustico, y luego que la escara se desprendió, me contenté con lavar el ojo cada dos horas con el colirio vitriolado.

Las tres prociencias del iris habian desaparecido el 31 de Diciembre, y las úlceras de la córnea estaban cicatrizadas. Se mudó el enfermo á la sala de los convalecientes, para someterle al uso diario del unguento optalmico de Janin, con el fin de disipar, si era posible, la nube de la córnea del ojo izquierdo, pero este procedimiento no tuvo el resultado que yo esperaba. El enfermo solo recobró la vista del lado derecho.

CAPITULO II.

De la Catarata.

Dos son los métodos de operar la catarata, uno por abatimiento, que consiste en mudar de sitio al cristalino; otro por estraccion, que consiste en estraerlo por medio de una incision semicircular, practicada sobre la parte inferior lateral de la córnea.

Por mucho tiempo se ha suscitado la cuestion sobre cual de estos dos métodos merecia la preferencia; y en el calor de la discusion de una y otra parte, se han ecsagerado las respectivas ventajas; mas últimamente por la observacion imparcial y la esperiencia, que son nuestros grandes maestros en todas las cosas, parece haberse decidido à favor del abatimiento. Este antiguo método en efectó es de una egecucion mas fácil que la estraccion; es, como esta última, aplicable en todas las especies de cataratas sean membranosas, cristalinas, flúidas ó sólidas; espone á accidentes infinitamente ménos graves y ménos peligrosos, que los que acompañan algunas veces á la estraccion; se puede, sin correr ningun riesgo, repetirla dos ó tres veces sobre el mismo ojo, aun quando no se consiga el resultado; ventaja que no permite el método opuesto. En fin, en muchos casos la estraccion es una operacion peligrosa y de las mas dificiles, por egemplo en las personas cuyos ojos son hundidos, ó en los niños acometidos de catarata congenita; la indocilidad de estos últimos, y el movimiento rápido y continuo de sus ojos son tales, que no se podria, sin imprudencia, tratar de cortar la córnea.

Hace mucho tiempo que cerciorado de estas verdades, he abandonado enteramente el método por estraccion, prefiriendo siempre el abatimiento, y me fe-

licito todos los dias de haber adoptado este partido. El sin número de ocasiones que he tenido, y aun tengo de practicar esta operacion, me han sugerido la idea de algunas modificaciones útiles que espondré minuciosamente en este capítulo.

Se puede hasta cierto punto preveher el ecsito de una operacion de catarata; los resultados son favorables siempre que no exista ninguna otra afeccion concomitante del ojo en individuos que ni son caquéticos, ni decrepitos; cuando la opacidad del cristalino se ha formado lentamente, y no depende ni de lesion esterna, ni de optalmía habitual, y en especial de las sostenidas por una causa interna; cuando los enfermos no se quejan de experimentar frecuentes dolores de cabeza, en el globo del ojo, ó en la region de las cejas; cuando la pupila conserva su forma circular, y corresponde por sus movimientos libres y rápidos al paso de las diversas cantidades de luz; cuando el iris no está agitado desde la infancia por un temblor oscilatorio que se manifiesta al menor movimiento del ojo; cuando en fin el enfermo conserva la facultad de distinguir no solamente la luz de la oscuridad, sino tambien los colores vivos, y los principales perfiles exteriores de los cuerpos, dando à su pupila el grado de dilatacion conveniente à una débil luz.

No es fácil reconocer *à priori* si la catarata es dura ò blanda, caseosa ó liquida, simplemente cristalina, ò cristalina y membranosa; todo lo que hasta en la actualidad han escrito los autores sobre esta parte del diagnòstico solo es con respecto à datos mas ó menos inciertos; los mas hábiles oculistas de nuestros dias no pueden aun asegurar anticipadamente qual sea la naturaleza y consistencia de las cataratas que se proponen operar, ni si la membrana cristalina conserva ó no su trasparencia, aunque el mismo crista-

lino esté evidentemente opaco (1); porque es cierto que la opacidad del cristalino no supone siempre la de su membrana y *vice versa*; finalmente esta incertidumbre no puede influir mucho sobre el éxito de la operación, pues que, en todos los casos el operante debe estar pronto á ejecutar las maniobras que reclama cada especie de catarata sea dura ó blanda, membranosa ó cristalina.

La catarata consistente es sin contradicción la mas fácil de desalojar; y con tal que se tenga la precaución de introducirla bien en el cuerpo vítreo no debe temerse su ascenso. Mas las cataratas blandas, lacteas ó membranosas, pueden ser igualmente trasportadas fuera del eje visual, ó desgarradas por medio de la aguja sin necesidad de ningun otro instrumento (2).

La palabra *depression* bajo la cual se designa en las escuelas la operación de la catarata, me parece una expresión viciosa; debiendo advertir de ello á los jóvenes prácticos que tal vez se persuadirían ser lo bastante deprimir verticalmente el cristalino, llevándolo debajo del nivel de la pupila; este error no sería sin consecuencia, sobre todo en los casos en que la catarata es *dura, consistente*; porque el cristalino colocado en el estrecho espacio que separa el iris de los procesos ciliares, remontaría entonces inmediatamente después de la operación, y en parte ó en todo volvería á presentarse detrás de la pupila. La palabra *depression* tiene en el caso de que se trata una significación mas

(1) Con todas estas observaciones no son siempre aplicables á la catarata congénita que es casi siempre membranosa. El cristalino ordinariamente atrofiado en esta variedad; permite á las dos láminas opuestas de la cristaloides el arrimarse; el centro solo de esta membrana encierra los destrozos de la lente cristalina, y forma un punto mas opaco que lo restante de ella.

(2) El hecho publicado por Mr. Riobé no deja ninguna duda sobre la existencia de la catarata *negra*. Véase el diario de medicina, por Leroux, t. 30

estensa que la que se le dà en el language ordinario; indica un doble movimiento en virtud del cual el operante inclina àcia abajo el cristalino hundiéndolo de adelante atrás y de adentro afuera en el humor vítreo: tal es el verdadero sentido quirurgico de la palabra *depression*. Solo à beneficio de esta maniobra se puede imperdir con seguridad que el cristalino vuelva á ascender. Ambroseo Paréo nos ha trasmitido sobre este punto un precepto del que ningun otro escritor ha hablado ántes ni despues de él; quiere que el operador antes de retirar su aguja, disponga que el enfermo dirija su ojo àcia arriba; durante este movimiento, el cristalino comprimido por la punta del instrumento debe, segun él, hundirse de adelante atrás en el cuerpo vítreo (1). Esta observacion es de la mayor importancia, y merece toda la atencion de los cirujanos jóvenes.

Ademas de la precaucion de hundir el cristalino en el cuerpo vítreo, hay otra que no es ménos importante al esito de la operacion: consiste en desgarrar las ojas anteriores y posteriores de la capsula del cristalino, haya ò no pérdido esta capsula su transparencia; sucede en efecto muy amenudo que operantes inespertos llevan la aguja entre el cristalino y la parte anterior de su capsula, que dejan intacta cuando conserva su diafanidad natural; mas entonces, pocos dias despues de la operacion, esta membrana se enturbia, y forma de la otra parte de la pupila un velo espeso blanquecino, que impide mas ò menos completamente la luz: esta es la afeccion consecutiva que los autores llaman con razon *catarata membranosa secundaria*. Es preciso decirlo francamente, si

(1) Lib. 2. cap. 22 Estando así abatida es preciso dejarla, teniéndola sujeta con la aguja por espacio de un momento para que no se remonte, mientras se hace ejecutar al enfermo un movimiento de ojo àcia el cielo.

la operacion de la catarata no siempre sale bien, sea cualquiera el método que se adopte, no es jamas al mismo cristalino á quien deben atribuirse sus desgraciadas consecuencias, y si mas bien á la cápsula que le envuelve, y sobre todo á la oja anterior de esta membrana. Seria de desear que se encontrase el medio de desprender el cristalino y su cápsula del *anillo ciliar*, lo sucede algunas veces; mas entónces uno se aprovecha de la casualidad, aunque no es muy frecuente, porque la zona ciliar establece una adherencia tal entre la cápsula cristalina y la membrana hyaloyde al rededor del canal circular de Petit, que es dificil aun á los mismos anatómicos separar estas dos membranas sin alterar su estructura. (1)

Supuesto que es tan dificil desprender completamente la capsula cristalina de las partes á que está adherida, lo mejor que en el mayor número de casos puede hacer el operante, es el desgarrar la parte anterior de esta cápsula en toda la estension circunscrita por la pupila cuando está al *maximum* de dilatacion y lo restante adherido al anillo ciliar aun cuando fuere opaco quedará siempre colocado fuera del espacio de la obertura pupilar, y por consiguiente no podrá

(1) Richter, *observ. chirurg. fasc. 2. pág. 96 Quater incius, saltem inopinatus, extraxi lentem capsula sua obvo'utam. Vid. Janin, Pellier Gleize, y las actas de Edimburgo vol. 5º*

Monro cuenta que practicando un día la operacion de la catarata por estraccion, reconoció claramente que el cristalino y su cápsula se desprendian por su propio peso de la *zona ciliar* cuando el ojo egecutaba movimientos diversos. Es raro encontrar estas partes tan poco adherentes como lo estaban en este caso no comun. Vid. Monro Works memoria 25.

Se ha visto el cristalino y su membrana ya opacos desprenderse del cerco ciliar motivado por una caída, una percusion ú otra cualquiera causa análoga. Chameru nos recuerda sobre esto un ejemplo en la enciclopedia metódica artículo de *catarata*. Mr. Demours refiere otro en el diario general de medicina tomo 18 pág. 285; si fuese cierto que la disposicion de la cápsula cristalina á desprenderse del anillo ciliar aumentase á medida que la opacidad hace progresos, se tendria entonces una regla bastante segura para determinar el grado de madurez de la catarata.

turbar la vision en ningun sentido aun cuando el enfermo mirase los objetos situados en la oscuridad. Tal vez se objetará que la oja posterior de la càpsula cristalina podrá muy bien en este caso ser el sitio de una catarata secundaria ¿porque pues ella perderá mas fácilmente su transparencia que no la oja anterior, à la destruccion de la cual doy tanta importancia? Yo contestaré que es imposible no se desgare, cuando se hunde profundamente el cristalino en el cuerpo vítreo; la esperiencia demuestra por otra parte que muy raramente llega á un grado de densidad suficiente para interceptar la luz. Esto es un hecho del cual no deben dudar los cirujanos que práctican habitualmente la operacion de la catarata por estraccion, pues que ellos se contentan en dividir la oja anterior de la càpsula cristalina sin tocar la oja posterior, lo que no les impide obtener repetidos resultados. La anatomía nos presenta muy clara la razon de este fenómeno, que parece no ser mas que un resultado de la diferencia de contextura de las dos ojas de la càpsula cristalina. En efecto, la oja anterior de esta càpsula es en el estado natural, tres ó cuatro veces mas densa y mas resistente que la posterior; está ademas nutrida por un aparato de vasos sanguíneos enteramente diferentes de los que nutren la otra; los primeros son abastecidos por la arteria de Zinn, que se divide ácia la parte céntrica de la cristaloyde posterior en una multitud de ramos divergentes; los otros por el contrario son procedentes de las arterias del cuerpo vítreo que se encorvan de la otra parte del anillo ciliar para dirigirse siguiendo mil direcciones à la cristaloyde anterior. No pretendo de todas estas consideraciones concluir que la lámينا posterior de la càpsula cristalina jamás pueda perder su transparencia; quiero si establecer como resultado de la observacion y experien-

cia, que adquiere raramente un grado de opacidad suficiente para ocasionar una ceguera completa.

Lo repito pues, si la operacion de la catarata, sea cualquiera el método que se adopte, no tiene siempre resultados felices, es menester buscar frecuentemente la causa de ello en la cristaloydes anterior, que algunas veces adquiere un exceso de espesor y otras se transforma en una substancia blanda y pulposa.

El cristalino apartado del eje visual, y depositado en el humor vítreo; disminuye progresivamente desde su circunferencia ácia su centro, y acaba por desaparecer enteramente; á la anatomia pathológica debemos el descubrimiento de este importante fenómeno, cuyos resultados se aplican particularmente á la operacion de la catarata por *abatimiento*. Inutilmente se quiere poner en duda, estando demostrada por un sin número de observaciones, y la mayor parte de hombres imparciales y exactos que aseguran la realidad. He tenido yo mismo ocasion de comprobarlo en diferentes circunstancias: la primera vez fué en un noble de Pavia de 60 años de edad, que murió un año después de la operacion de la catarata; la segunda en una Señora de 40 que tambien murió tres años despues de la operacion; la tercera en fin en un hombre de 57 años que habia sido operado tres años y medio antes de su muerte. En el primero encontré el cristalino profundamente hundido en el humor vítreo reducido poco mas ó ménos á un tercio de su volúmen natural, en los otros dos casos, no quedaba mas que el núcleo de esta lenteja un poco mayor que la cabeza de un alfiler regular.

El cristalino abatido desaparece igualmente, mas en mucho ménos tiempo, esto es en algunas semanas, siempre que se cambia en una substancia caseosa ó lechosa; entonces basta dividirlo en muchos fragmentos

que no tardan à ser disueltos por el humor aquëo, y absorbidos con él.

Este resultado, del que ya no debe dudarse, es uno de los mas fuertes argumentos que puede oponerse á los detractores del abatimiento, y demuestra que no hay especie alguna de catarata que deje de curarse adoptando este método. (1) Los colgajos de la càpsula del cristalino desaparecen como aquella lente cuando desprendidos de las partes vecinas fluctuan libremente bajo la forma de pequeñas vedijas de lana en medio del humor aquëo, ó cuando se precipitan dentro de las càmaras del ojo; los que se perciben detrás de la còrnea toman prontamente un color de blanco leche, hácense en seguida amarillentos disminuyendo progresivamente, y acaban por liquidarse en el humor aquëo. Es fácil seguir los progresos de este trabajo natural, siempre que partículas desprendidas por una causa cualquiera de la càpsula del cristalino, llegan detrás de la còrnea en la càmara anterior del ojo; repetidas veces he tenido ocasion de observar este fenómeno curioso; pues me ha sucedido muchas veces, como lo diré mas adelante colocar en la càmara anterior del ojo todos los fragmentos de una catarata membranosa. Estos cuerpos pequeños aglomerados entre el iris y la còrnea hasta el nivel de la pupila imitan bastante bien al hipopion; su presencia jamàs ha determinado accidente alguno; en ningun caso he visto sobrevenir inflamacion: siempre al fin de un mes, unas veces mas

(1) Podria citar aqui muchos hombres célebres entre los modernos que han observado este fenómeno mas me contentaré de relatar lo que con este objeto dice *Barbette*: *Licet cataracta non satis intra pupillæ regionem sit depressa, dummodo in particulas sit divisa, perfecta vitæ intra sex aut octo septimanas sepius redit, licet tota operatio absque ullo fructu peracta videatur; quod aliquoties experientia edoctus loquor.* *Chirurgicæ barbætiæ* cap. 16. part. 1.

pronto, otras mas tarde, todo habia desaparecido. He notado que la absorcion era mas activa en la càmara anterior que en la posterior, sea que este fenómeno dependa de la cantidad relativa del humor aquëo, que siendo mas abundante en la càmara anterior debe mas fácilmente disolver los cuerpos estraños; sea que el mismo efecto tienda al nùmero mas considerable de vasos absorventes. Si es verdad que la càpsula cristalina, dividida en fragmentos, y llevada à la càmara anterior desaparece en el humor aquëo, de la misma manera que el cristalino en el cuerpo vitreo, ¿no es evidente que la operacion por abatimiento puede aplicarse con ventaja à todos los casos de catarata membranosa? ¿Que se juzgarà despues del ec-sito de la asercion de los cirujanos que sostienen que esta especie de catarata no puede ser operada con ec-sito à no ser por estraccion? Mayores y mas fuertes razones los obligan à recurrir al abatimiento; (lo que por ejemplo sucede cuando tienen que operar en niños cataratas congenitas que casi siempre son membranosas;) si el resultado no corresponde à sus promesas, atribuyen sus infortunios al método operatorio que se han visto obligados à adoptar: mas estos contratiempos únicamente dependen de su inespriencia: si tuviesen la precaucion de rasgar la càpsula colocando los fragmentos en la càmara anterior, los verian desaparecer prontamente, y lograrian una completa curacion.

Para practicar la operacion de la catarata por abatimiento, basta tener una aguja, y un elevador del pàrpado; este último instrumento es indispensable, en especial cuando los ojos son pequeños y hundidos en un enfermo indócil. El elevador de Pellier me parece preferible à todos los demas, pues que tiene la ventaja de fijar el pàrpado contra el arco orbitario sin ejercer compresion sobre el globo del ojo: solo

es preciso tener la precaucion de levantar el párpado con suavidad para no contundirlo.

De todas las agujas que hasta la actualidad se han propuesto para practicar el abatimiento, la esperiencia me ha enseñado que las mejores son las que á una estrema finura reúnen toda la resistencia necesaria para atravesar, sin encorvarse, las membranas del ojo. Desde que las he preferido esclusivamente, jamas la operacion ha sido seguida de ningun notable accidente: la picadura nunca se ha inflamado para dar lugar á la supuracion. Los accidentes consecutivos deben en efecto ser proporcionados á la gravedad de la lesion que experimenta el globo del ojo: pues es claro que una aguja muy fina penetra en este órgano sin rasgar las membranas que estan dotadas de una esquisita sensibilidad. Toda su accion se dirige de algun modo sobre el cristalino, en su cápsula, y sobre el cuerpo vítreo, partes del todo insensibles. Ejecutada la operacion con dicho instrumento, es muy poco dolorosa, sus consecuencias en los mas de los casos deben ser de ninguna gravedad (1).

En cuanto á la forma de la aguja, he observado que la de punta recta de que comunmente se sirven, no es la mas cómoda para desgarrar la cristaloidea anterior, ni para desalojar el cristalino, y hundirlo profundamente en el cuerpo vítreo. En efecto, cuando se introduce en el globo del ojo á una línea mas allá del disco de la córnea, á dos, ó dos y media, segun lo practican algunos operadores, la punta de una aguja derecha, empujada entre la membrana

(1) Segun lo que se me ha referido euasi todos los cuchilleros estrangeros se han engañado mucho relativamente á la forma y volumen de mi aguja; parece que de ninguna manera han querido dirigirse por la figura que he descrito en mi obra. Ellos doblan la punta del instrumento á su arbitrio, no cuidan de hacer sus bordes bastante cortantes; y lo que es peor, que le dan un volumen á lo ménos cuatro veces mayor.

crystalina y el cuerpo ciliar, se dirige directamente contra el iris, y no se puede aplicar sino sobre un solo punto de la parte anterior del cristalino y su cápsula: en el movimiento de delante á tras, destinado á llevar la punta de la aguja sobre la parte céntrica de la membrana cristalina y del cristalino, no se opera á la verdad sino con el tronco del instrumento: la punta no obra en estas partes sino cuando ha llegado al fondo del ojo, esto es cuando la aguja es dirigida de adelante á tras: mas entónces por poco que la cápsula cristalina ofrezca resistencia no se rasga; el cristalino rueda sobre el cuerpo de la aguja, dá vueltas en diferentes direcciones de arriba abajo de la pupila, no llegando la punta del instrumento al fondo del ojo sino á fuerza de multiplicadas depresiones y movimientos. Cuando la catarata es *blanda lactea* ó *caseosa*, la cápsula cristalina siempre es mas ó ménos floja; y escapa sin rasgarse. Entónces el operante se ve en la precision de ejecutar muchos movimientos para apartarla de la pupila y para poderla despedazar presentándole la punta del instrumento de átras adelante. El sabio Juan hablando de la *catarata lactea* hace la misma observacion, *frecuentemente se egecutan muchas tentativas inútiles para que la aguja no haga mas que resbalar sobre la membrana que cubre el cristalino, que en esta ocasion siempre está entera á menos que no se retire un poco la aguja, con el objeto de llevar su punta ácia el medio de la catarata para que comprimiéndola encima rompa esta membrana* (1).

Todas estas dificultades quedan vencidas sirviéndose de una aguja muy fina, y un tanto encorvada ácia su punta (2) aquella de que yo me sirvo es cortante

(1) Tratado de las enfermedades del ojo cap. 13.

(2) Además de los motivos que acabo de esponer, puedo citar como

por sus bordes, plana en su convexidad y presenta del lado de su concavidad dos superficies inclinadas, reunidas al medio por una línea ligeramente saliente que se prolonga hasta la punta, como puede verse en las agujas encorvadas con que se practica la sutura de las heridas. El mango presenta una señal sobre una de sus caras que corresponde à la convexidad de la punta (1). La aguja que dejo descrita penetra en el globo del ojo con la misma facilidad que toda aguja derecha del mismo tamaño: se la empuja con suavidad ácia adentro: llega à la càmara posterior, toca al iris por su convexidad, y por la concavidad se aplica à la cristaloïdes anterior y à la lente cristalina partes que penetra profundamente al menor movimiento de adelante atras, sin que por esto haya necesidad

una nueva prueba de las ventajas de la aguja encorvada, lo que me sucedió en cierta ocasion mientras deprimia una catarata con una aguja derecha mal templada. Luego que atravesé la esclerótica, de mucha resistencia en el enfermo de que hablo, la aguja se dobló y tomó la figura de un pequeño garfio. Lo observé cuando apareció entre la pupila y la càpsula cristalina; continué sin embargo la operacion; introduje la punta de la aguja por medio de la cristaloïde anterior, en la sustancia fuerte del cristalino, y aparté una y otro del eje visual con la mayor facilidad; en seguida retiré el instrumento con la mayor precaucion sin hacer ningun desgarro. Esta operacion egecutada en esta escuela en presencia de muchos discipulos tuvo un completo exito. El Doctor Morigi primer Cirujano del hospital de Plasencia operador el mas habil de que puede gloriarse la Italia, hace ya algunos años que en su práctica ha apotado la aguja encorvada; y no pierde ocasion de recomendar su uso.

(1) Freitag refiere que su padre se servia de una aguja de punta encorvada para deprimir las cataratas membranosas y añade tambien que este mismo instrumento le bastaba para estraerlas: mas la segunda parte de esta narracion me parece ecsagerada véase la disertacion de Freitag inserta en el tomo segundo de la recopilación publicada por Haller.

Bell dá la figura de una aguja á catarata encorvada ácia la punta véase el tercer tomo de sus instituciones chirurgicas, lám. XXXII. fig. 4.: dice que muchas veces ha pensado seria mas facil practicar la operacion con esta aguja que no con una de recta; y confiesa sin embargo que no ha tenido suficientes ocasiones de cerciorarse de ella para establecer sus ventajas.

de apartarlas de la pupila. Con este instrumento siempre le es al operante fácil destrozarse la capsula cristalina, cojer el cristalino, apartarlo del eje visual, y hundirlo profundamente a el cuerpo vitreo. La catarata es acaso *lactea caseosa membranosa*; nada mas propio que la aguja curva para deshacer el cristalino, para dislacerar la hoja anterior de su capsula y conducir los destrozos al través de la pupila en la cámara anterior, en cuyo fondo se precipitan para disolverse en seguida en el humor aqueo y ser absorbidos con él.

Espuestos ya los principios relativos al abatimiento de la catarata paso ahora al manual de la operacion. Generalmente los mas célebres cirujanos, apenas preparan indistintamente sus enfermos para las grandes operaciones, como se ejecutaba antiguamente. A no presentarse alguna indicación que llenar, basta ordinariamente antes de practicar la operacion de la catarata, poner al enfermo algunos dias a dieta, prescribiéndole alguna lavativa la víspera de la operacion. Es verdad que se presentan casos en los que es preciso apartarse de la regla general é imponer al enfermo una curacion preliminar; por ejemplo cuando se debe operar individuos sujetos a debilidades de estómago, a la hipocondria, al histerismo ó bien afectados de una hinchazon habitual del borde libre de los párpados ó de una optalmía crónica. Durante dos ó tres semanas antes de la operacion, se sujeta a los enfermos que tienen el estómago débil a los hipocondriacos y a las histericas, al uso de los amargos y estomaticos: entre estos últimos se preciona particularmente la infusion de la *casia amarga* con adición del eter vitriolico (sulfurico) ó sin él, segun el temperamento del sujeto.

El mas calmante y mejor de todos los tonicos es el compuesto con una dracma de quinquina y un

escrúpulo de raiz de valeriana silvestre; debe el enfermo tomar dos ò tres veces al dia, conformándose por otra parte à todas las precauciones del método indicado. Es un hecho de los mas ciertos que los accidentes consecutivos à la operacion son en general tanto menores, quanto los enfermos tienen mas espíritu y menos agitacion.

En quanto à los enfermos que padecen una engurgitacion crónica del borde libre de los párpados con relajacion y rubicundez habitual de la conjuntiva, se les aplica dos ó tres semanas antes de operarlos un ancho vegigatorio en la nuca; se les sujeta durante el mismo tiempo al uso del unguento optalmico suavizado con una doble ó triple dosis de la manteca; tambien se les recomienda cada dos horas el colirio vitriolado cargado de mucilago de las semillas del membrillo: estos tópicos moderan la secrecion morbosa de los folículos de Meybomio, fortifican los vasos de la conjuntiva, y vuelven al borde libre de los párpados su flecsibilidad y aspecto natural.

Por lo demas el resultado de la operacion de la catarata, asi como el de todas las demas, depende en gran parte de la constitucion del enfermo, que tiene la mayor influencia no solo para el desarrollo de los accidentes consecutivos, sino tambien sobre la misma naturaleza de la catarata. La esperiencia lo demuestra; en efecto, es muy comun encontrar una catarata blanda caseosa en individuos cachecticos, motivo por el que en ellos es frecuentemente trabajosa la operacion; ademas tienen los ojos dispuestos à las congestiones linfatico-sanguíneas y no es tampoco raro ver sus conjuntivas abotagarse y ser el asiento de un *chemosis* que sin ser doloroso, retarda sin embargo los progresos de la curacion. Invito à los prácticos modernos à aprovecharse de estas observaciones

y á no prometer á los enfermos histericos, hipocondricos etc. un écsito que su estado no permite; no es justo que los verdaderos prácticos imiten á los charlatanes, engrandeciendo continuamente la eficacia de su arte.

Dispuesto ya todo para la operacion, se hace sentar el enfermo en una silla algo baja, de manera que el ojo que quiere operarse reciba lateralmente la luz de una ventana situada al norte (1) El operante se coloca en un sitio suficientemente elevado de modo que su boca esté al nivel del ojo que debe operarse; en todos los casos tomará la precaucion de cubrir el otro aunque tenga tambien catarata. Para dar á su mano toda la seguridad necesaria apoya su codo sobre la rodilla correspondiente que levanta á una altura conveniente poniendo el pie sobre un taburete; algunas veces trae ventaja el colocar una almoadilla un poco dura entre la rodilla y el codo. Un ayudante colocado atras, fija la cabeza del enfermo contra su pecho, apoyando una mano sobre la barba aplicando la otra encima de la frente, y levanta suavemente el párpado con el elevador de *Pellier*; es preciso apriete este párpado contra el arco orbitario superior sin que egerza la menor compresion sobre el ojo (2). Si se trata de operar el ojo izquierdo, el operante coje la aguja con su mano derecha en forma de una pluma de escribir, dirige ácia adelante la convexidad de su punta, dando al mango una direccion paralela á la del temporal izquierdo

(1) A los niños es preciso darles una diferente posicion, en particular si son ciegos de nacimiento; tengo yo la costumbre de sugetarlos á beneficio de una venda larga que se estiende desde las espaldas á los pies, y colocarles sobre una mesa horizontal con la cabeza un poco elevada.

(2) Esta precaucion es de la mayor importancia. Es difícil encontrar un ayudante bastante instruido para no caer algunas veces en el inconveniente que indico. Seria muy ventajoso que el mismo operante se habituase á levantar el párpado con el pulgar é indice de una de sus manos.

sobre el cual aplica sus últimos dedos; en seguida introduce la punta del instrumento en la esclerótica à mas de una línea del disco de la córnea, un tanto debajo del diámetro trasversal de la pupila (1); basta entonces imprimir gradualmente al mango de la aguja un movimiento circular dirigido de atras à delante, para atravesar con la mayor facilidad todas las membranas del ojo. El operante en seguida conduce la convexidad de la aguja sobre la cima del cristalino que deprime ligeramente, la introduce entre el cuerpo ciliar y la cápsula cristalina hasta que se manifiesta detras de la pupila, continua empujándola horizontalmente detras del iris delante de la cápsula cristalina y llega à la parte interna de la circunferencia del cristalino: entonces inclina el mango del instrumento àcia él, penetra profundamente su substancia y desgarrá ampliamente la hoja anterior de su capsula à beneficio de un movimiento de arco de circulo, en seguida aparta el cristalino del eje visual, lo hunde profundamente en el cuerpo vítreo, y repite este movimiento hasta que la pupila se manifiesta negra y perfectamente redonda. Deja algun tiempo el instrumento en esta posicion: si observase algunos colgajillos opacos de la cápsula, vuelve à llevar la punta de la aguja al nivel de la pupila y los aparta; en caso contrario imprime à todo el instrumento un ligero movimiento de rotacion para desprenderlo del cristalino, que colocado en el lugar indicado jamas vuelve á subir; retira la aguja del ojo repitiendo en sentido contrario los movimientos que fué preciso eje-

(1) Albucacis. *Tantum recedendum a córnea quantum specilli cuspis spatii contineat.*

F. de Aquapendente. *Si aliqua datur in soffusione operatio tuta, eam forte futuram, ut vel acus prope córneam imitatur, vel si aliquanto longius ab illa, non tantum tamen quantum vulgo faciunt. De Chirurg. operat. cap. 17.*

cutase para introducirla. Es sobre todo indispensable al concluir, inclinar suavemente el mango ácia el temporal para no rasgar las membranas del ojo.

Cuando la cristaloyde anterior es opaca es siempre fácil al operante reconocer si la aguja ha penetrado delante ó detrás de esta hoja membranosa. En el primer caso se manifiesta claramente tras de la pupila; en el segundo está oculta en el interior de la cápsula cristalina delante del cristalino. Mas esta distincion se hace mucho mas difícil cuando la membrana conserva su transparencia; entonces es preciso estar muy versado para no dejarse engañar de las apariencias. Sucede algunas veces á los cirujanos inexpertos caer en un error aun mas grave; esto es de deprimir el cristalino hundiendolo en el humor vítreo, sin desgarrar su cápsula. Para evitar este inconveniente es preciso antes de deprimir el cristalino reconocer la verdadera situacion de la aguja: cuando se halla detrás de la pupila delante de la cristaloyde anterior, se ve con mayor limpieza; y es fácil dirigirla ácia la cámara anterior del ojo por entre de la pupila, y moverla horizontalmente entre el iris y la cápsula cristalina. Al contrario, en el interior de esta cápsula delante del cristalino no se la vé por la pupila sino por medio de un ligero velo mas ó ménos trasparente; se experimenta una ligera resistencia al introducirla del lado de la pupila, contra la cual se aplica entónces la hoja membranosa que la cubre; en fin es mas ó ménos difícil moverla horizontalmente de fuera á dentro detrás del iris.

En este último caso, se imprime un ligero movimiento de rotacion á la aguja, para llevar su punta al nivel de la pupila, por medio de la cristaloydes anterior, volviéndola despues de nuevo atrás se la hace resbalar horizontalmente entre esta membrana y la superficie posterior del iris hasta la parte interna del

ojo, entonces se la hunde profundamente en el cristalino por medio su càpsula que en el movimiento de abatimiento se encuentra ampliamente desgarrada.

Cuando no se tiene el cuidado de ejecutar la maniobra que acabo de describir; la oja anterior de la càpsula cristalina escapada à la accion de la aguja, aun cuando fuese ligeramente deslustrada, no impide à la pupila recuperar en parte su color negro y trasparente. Un cirujano inesperto pueden aun entonces engañarle las apariencias, lisongeàndose de haber conseguido el fin que se proponia; pero el operante amaestrado, reconoce desde luego que la pupila no tiene aun el grado de limpieza que le conviene; se apresura à hacer desaparecer un velo membranoso ligeramente opaco que parece como suspendido detras de ella: y que en lo sucesivo no dejaria de ser el sitio de una catarata secundaria. Para ejecutar este último tiempo de la operacion se trae otra vez adelante la punta de la aguja, y se introduce por medio de la púpila hasta la càmara anterior del ojo, por estar seguro de haber atravesado la càpsula cristalina; vuelve à llevarse en seguida àtras para que resvale horizontalmente detras de la superficie posterior del íris, y hundirla en la càpsula cristalina que se desgarró delante atrás, imprimiendo à todo el instrumento un movimiento à cuyo beneficio se abate el cristalino; no se tarda en ver à la pupila tomar un color negro y adquirir un grado de limpieza que no tenia.

He dicho ya mas arriba que era preciso no solo que la pupila volviese à adquirir su transparencia, si que tambien su forma circular, despues del desalojamiento del cristalino: este punto merece una atencion muy particular. En efecto sucede algunas veces, ya desde el principio, ya àcia el fin de la operacion, que la pupila toma la forma de un ovalo, y aun se

dilata tanto cuanto se hunde mas profundamente el cristalino: este fenómeno es una prueba nada equívoca de haber la càpsula cristalina adquirido adherencias con la superficie posterior del íris del lado àcia el cual la pupila se dilata. Si el operante no tiene cuidado de destruirlas, se manifiesta despues de algunos dias de la operacion detràs de uno de los lados de la pupila, una oja membranosa opaca que los oculistas llaman *acompañamiento* de la catarata. Para evitar este inconveniente, es preciso antes de concluir la operacion, llevar la punta de la aguja contra la superficie posterior del íris para desprender la membrana cristalina: la púpila no tarda en volver à tomar su forma circular.

Todo cuanto hasta la actualidad acabo de decir, solo es aplicable à las cataratas *duras*, *consistentes*, que ofrecen cierta resistencia à la aguja. Mas se sabe no es raro encontrar cataratas líquidas *lacteas*; en este caso, como en todos los demas, se introduce la punta de la aguja entre el cuerpo ciliar y la càpsula cristalina; se manifiesta detras de la púpila, se continua introduciendola horizontalmente detras del íris hasta la parte interna del globo del ojo; mas apenas se la ha hundido en el espesor de la càpsula cristalina, cuando se vé salir un licor blanquecino, que bajo la forma de nube, se vierte en las càmaras del humor aquëo, y enturbia todas las partes transparentes del ojo; este fenómeno no ha de sorprender al operante; pues debe este imprimir à la punta de la aguja un movimiento de arco de circulo dirigido de dentro afuera, y de delante atràs como si hubiese de abatir una catarata solida; de este modo llega à rasgar dilatadamente la cristaloydes anterior, condicion indispensable al ecsito de la operacion, en todas las especies de catarata. En cuanto al humor derramado en las càmaras del humor aquëo, desaparece espontanea-

mente despues de algunos días, y el ojo vuelve à adquirir su transparencia. Solo hay ligeras modificaciones que añadir à el proceder operatorio cuando se trata de una catarata blanda, caseosa. Es indispensable en este caso desgarrar la crystaloydes anterior en toda la estension del disco de la pupila; se vé en seguida la substancia papilosa del cristalino disuelta en el humor aqueo fluctuar de la otra parte de la pupila: basta separar las partes mas duras con la punta de la aguja para favorecer su disolucion, y colocar por medio la pupila los fracmentos que no pueden ser bastantemente reducidos; se depositan al fondo de la càmara anterior y no tardan à ser absorvidos (1). Pareceme mucho mas fácil colocar de atras ade-

(1) El señor Adams ha hallado este fenómeno del todo constante y toma el partido de colocar en la càmara anterior del ojo todas las especies de cataratas, aun las duras, *consistentes*. véase *Practical observations on diseases of the eye London 1812*.

Por la primera edicion de esta obra puede verse he sido yo el primero que me he aprovechado del conocimiento de este trabajo natural. Ademas he observado ser mas activa la absorcion en la càmara anterior del ojo que en la posterior. Estas observaciones me han inclinado à practicar el abatimiento con esito en casos que no se creian susceptibles de curacion con este método. En la misma época fue cuando tuve ocasion de convencerme que el núcleo de una catarata *dura* solo dificilmente y despues de un tiempo considerable, llega à disolverse en el humor aqueo: me he visto algunas veces obligado à practicar la estraccion para acallar los dolores ocasionados por su presencia, para disipar una optalmia rebelde ó detener los progresos de la constriccion de la pupila, sea que estos molestos resultados se originasen de la compresion, ó bien del frote que los fracmentos de este cuerpo estraño ejecutan sobre el iris en los diferentes movimientos del globo del ojo. Si se consideran todos estos accidentes á los que el señor Adams añade ademas la ulceracion de la córnea producida por la presencia del cristalino en la càmara anterior, no creo se halle uno dispuesto para generalizar el procedimiento operatorio que indico en caso de catarata caseosa. Esto seria complicar inutilmente una operacion de las mas simples y que tiene la ventaja de restituir inmediatamente la vista al enfermo y se ejecuta, digamoslo asi, en un cerrar y abrir de ojos, sumergiendo el cristalino en el cuerpo vítreo. En efecto seria fuera de razon sacrificar todas estas ventajas para esponer al enfermo á una optalmia crónica, á la constriccion consecutiva de la pupila etc. Inutilmente se dirá que el cristalino hundido en el humor ví-

lante, con la punta de la aguja, los fragmentos del cristalino y los colgajos de la càpsula, que el irlos à buscar por medio de la càmara anterior del ojo, aun quando se hubiese obtenido por la aplicacion del estrac-to de la belladona una dilatacion artificial de la pùpila. *Bachorn* y *Langebeck* han propuesto este ùltimo proceder, cuya ejecucion se haria dificil, en particular, si en los diferentes movimientos de la aguja el humor aquëo se derramase àcia fuera y permitiese al iris aplicarse contra la còrnea.

En quanto à la catarata membranosa secundaria, ya dijimos anteriormente, no es una enfermedad especial y si uno de los resultados de la operacion, cuyo escito no corresponde siempre à los deseos del operante, sea por el modo con que la ejecuta, sea ya por otras razones accidentales. En efecto, esta especie de catarata muchisimas ocasiones solo està formada por la *crystaloyde* anterior, que no ha sido desalojada con el cristalino, ò bien que no ha sido suficientemente desgarrada para permitir un libre pasò à la luz.

La catarata membranosa secundaria se presenta algunas veces en forma de pequeños cuerpos membranosos suspendidos en el humor de la càmara posterior à la otra parte de la pupila; otras veces en pequeños colgajos triangulares cuyo base està adherida al anillo ciliar y cuyo vertice se estiende àcia la pupila. En uno y otro caso, no es preciso sujetar al enfermo à una nueva operacion, pues que estos pequeños

treo puede remontar. Esta es una objeccion mal fundada, que debían ya los autores dejar de reproducir. Remontaria en efecto, contentándose solo con abatirlo de arriba abajo. Pero jamás remonta quando se coloca en la parte posterior é inferior del cuerpo vítreo. Pienso pues que si es ventajoso colocar los fragmentos de una catarata blanda ó membranosa en la càmara anterior, no es menos dañoso aplicar el mismo método à las du-ras, consistentes.

cuerpos estraños que por otra parte no privan enteramente al enfermo de la vision, desaparecen. Mas la catarata membranosa secundaria, depende otras veces de un monton de destrozos membranosos, reunidos en la càmara anterior del ojo al nivel de la pupila, y tapan mas ó menos la abertura. El mismo accidente acontece tambien cuando se colocan los destrozos de una catarata membranosa en una càmara anterior demasiado estrecha para contenerlos; entònces vuelven en parte à la càmara posterior cerrando necesariamente la pupila. Otras veces la catarata secundaria es formada por la cristaloydes anterior que el operante imprudentemente ha conservado y que guarda todas sus adherencias con la *zona ciliar*. En todos estos casos se hace preciso recurrir à una nueva operacion. Es sin duda probable que los cuerpos membranosos que obstruian la pupila en los dos primeros casos, desaparecerian por si mismos ¿pero es posible dejar al enfermo privado de la vista durante semanas, y aun meses, cuando en un momento puede volversele à beneficio de una operacion tan fácil como poco peligrosa? En el último caso es absolutamente indispensable repetir la operacion pues que la càpsula cristalina conservando todas sus adherencias con la zona ciliar jamàs desaparece: al contrario adquiere de dia en dia mayor espesor y opacidad.

Antes de operar una catarata *membranosa secundaria* es preciso reconocer su naturaleza y sitio. ¿Acaso está formada por un monton de colgajos membranosos desprendidos del *anillo ciliar*? Es menester introducir en el ojo la aguja curba con todas las precauciones anteriormente indicadas, luego que ha llegado à la càmara posterior, se vuelve su punta adelante, se desgarran la especie de tapon opaco que obstruye la pupila colocando sucesivamente sus destrozos en la càmara anterior, en cuyo fondo se precipitan.

Seria arriesgado creer que basta hundir en el cuerpo vítreo todas estas partículas membranosas; pues que la esperiencia demuestra que jamás sale bien semejante maniobra. Estos cuerpecitos solo permanecen en el cuerpo vítreo mientras que la aguja los tiene fijos en el; luego que se la retira, vuelven contra la pupila como si los arrastrase una corriente; por el contrario cuando se colocan en la cámara anterior, no remontan jamás en la pupila, se les vé depositar en el humor aquëo, disminuir sucesivamente su volùmen y desaparecer despues de algunas semanas (1). Cuando la *catarata membranosa secundaria* està formada por la *cristaloydes anterior* ó por algunos vestigios de ella adherentes al anillo ciliar, el operante dirige adelante la punta de la aguja y atraviesa de atrás á delante el velo membranoso que ofusca la pupila. Si la catarata està compuesta de muchos colgajos separados, la aguja debe colocarse entre los dos mas aproximados; en seguida se dirige la punta atrás y se la hace resvalar horizontalmente entre la superficie posterior del íris y la càpsula cristalina hasta cerca del anillo ciliar. Llegada ya à este lugar se penetra la càpsula cristalina, se mueve de cuando en cuando circularmente entre los dedos para arrollar las membranas al rededor de su punta, de este modo se la despedaza àcia su circunferencia en toda la

(1) Algunos tienen la costumbre de hacer echar en el ojo, la vispera de la operacion, una ó dos gotas de la disolucion de dos granos de extracto de belladona con seis de agua, mejor todavia la disolucion de una dracma de extracto de jusquiamo en una onza de agua. Estos tópicos dilatan considerablemente la pupila. Es una ventaja, euando el cristalino es sólido, cuando su càpsula està dispuesta á desprenderse completamente del anillo ciliar; pero en casos de *catarata blanda desmenuzable* que es preciso dividir y colocar en la cámara anterior, la demasiada dilatacion de la pupila es un verdadero obstáculo pues que permite à los fragmentos del cristalino, ó de su càpsula volver con facilidad à la cámara posterior en donde se sabe son con ménos prontitud absorbidos que en la anterior

estension del disco de la pupila. Si la catarata está formada de muchos colgajos separados, es preciso desprenderlos el uno tras el otro; en todos los casos se recojen los destrozos opacos, y se conducen por medio de la pupila à la càmara anterior del ojo; segun ya lo he manifestado anteriormente. Ejecutando todas estas maniobras el operante harà de modo de no interesar el iris. Este punto merece la mayor atencion pues que la sola herida de esta membrana puede dar mårgen à algunos accidentes; si se precaben la operacion jamàs tiene consecuencias molestas, apesar del número y duracion de las maniobras indispensables para ella. En ciertos casos de *catarata membranosa* al menor movimiento que se imprime à la aguja se ve dilatarse la pupila, y tomar una figura irregular. Este fenómeno indica que la cristaloydes anterior ha contraido adherencias con la superficie posterior del iris; entonces el operante debe redoblar la atencion y cuidado, moviendo ligeramente en todas direcciones la aguja para separar las dos membranas adherentes, sin dislacerar el iris ni desprenderlo del cerco ciliar.

El método operatorio que acabamos de describir es el que corresponde adoptar igualmente en los casos de catarata membranosa secundaria, producida por la opacidad de la cristaloydes posterior. Para convenirse basta notar, que la hoja membranosa jamàs conserva su posicion profunda despues de la depresion del cristalino; empujada de atràs adelante por el humor vítreo, se aproxima al iris y aun se mete en la pupila. Para desembarazar à esta última de la especie de tapon que la oscurece basta imprimir à la punta de la aguja un movimiento de atràs adelante para colocar en la camara anterior todas las porciones opacas. Esta maniobra es tanto mas fácil quanto que la cristaloydes posterior aislada del *anillo ciliar*, nunca se

adhiera mucho à la membrana yaloyde: pudiendo solo estar fuertemente adherida al pequeño tronco de la arteria central.

Igualmente es aplicable esta misma operacion en los casos de catarata en su *principio membranosa*. Esta especie es rara; muy amenudo congénita, solo se encuentra en los niños, ó en los adolescentes que no pasan de veinte años. Conserva siempre cierta transparencia y presenta hasta un cierto punto; el aspecto de una telaraña. Se observa en su parte céntrica ó sobre un punto de su circunferencia, una mancha blanquecina producida por los vestigios del cristalino que en esta especie particular de catarata se atrophia y se reduce á un tubérculo opaco, cuyo volumen no pasa del de una cabeza de alfiler; desapareciendo algunas veces enteramente. En fin, la *catarata membranosa primaria* ofrece, por última señal característica, la presencia de muchas líneas opacas entrelazadas en todas direcciones, que le dan la figura de los tejidos reticulares.

Probar el abatir esta especie de catarata, seria probar una cosa imposible. Por otra parte, todo lo que se consiguiese hundir en el cuerpo vítreo no tardaria en remontar y manifestarse detras de la pupila. El partido mas seguro consiste en desgarrar la càpsula opaca con la punta encorbada de la aguja y conducir sucesivamente en la cámara anterior todos los destrozos; depositados en el humor aquëo, seràn absorbidos en el, y desapareceran en el espacio de tres semanas.

La curacion consecutiva en la operacion de la catarata por abatimiento no exige otra aplicacion local que la de un lienzo enjuto sostenido por un alfiler en el gorro del enfermo. Se le hace acostar en un aposento obscuro encargandole que tenga la cabeza un tanto levantada. Si inmediatamente despues de la ope-

ración se quejase de un vivo calor en el ojo y párpados, se aplicará sobre estas partes una planchuela embebida de una mezcla de clara de huevo y agua de rosas que haga espuma batiéndola con un poco de alumbre. Si apesar del indicado tóxico el dolor é hinchazon de los párpados aumentasen, se cubre el ojo con un saquillo de yerbas emolientes, oponiéndose por todos los medios conocidos á los progresos de la inflamacion.

Cualesquiera que sean las precauciones que se ordenen al enfermo antes de operarlo, se ve algunas veces en sujetos dotados de una esquisita sensibilidad, en los ipocondriacos por ejemplo y mugeres histéricas, se ve digo, manifestarse poco tiempo despues de la operacion, diferentes afecciones nerviosas, tales como vòmitos, violentas jaquecas, temblores y calofrios generales. No conozco medio mas eficaz para calmar estos desordenes nerviosos, que una lavativa compuesta de ocho onzas de decoccion de manzanilla con dos granos de opio. Es inútil incomodar á los enfermos con bebidas opiadas, pues que no pueden tolerar ninguna.

Las personas tímidas y endeables, del tercero al cuarto dia siguiente al de la operacion caen frecuentemente en un estado febril, caracterizado por el aumento general de calor, mas marcado, en particular durante la noche, y por diversos síntomas gástricos, v. g. el amargor de boca, una disposicion continua al vòmito, dolores de cabeza, tension en los hipocondrios, flatuosidades, una incomodidad general y falta de sueño. Un ligero purgante y las lavativas repetidas son regularmente suficientes para calmar todos los accidentes, y prevenir la invasion de la optalmía. El régimen debe ser muy riguroso casi en todos los casos; los caldos son el único alimento que puede permitirse á los enfermos durante las veinte

y cuatro horas subsecuentes à la operacion. Sin embargo esta regla sufre algunas escepciones. Tendria sus peligros el ponerla en ejecucion con respecto à los decrepitos, à los endeblés y predispuestos à convulsiones; éstos enfermos no pueden sobrellevar una dieta tan rigorosa, pues tendria el grave inconveniente de hacer nacer ò renovar las afecciones nerviosas. Es preciso entonces permitirles ligeras sopas ò cualquier otro alimento tenue, repetido por intervalos de poco espacio. (1)

A no ser por poderosos motivos, es preciso abstenerse de abrir el ojo del enfermo; ni menos esponerlo à la influencia de la luz àntes del tercer dia que precede à la operacion. Con todo es útil separar

(1) El Dr. Scarpa llamó rigorosa la dieta de 24 horas de solos caldos temiendo aun sea peligrosa recayendo en sujetos cacheticos, istericas y predispuestos à convulsiones; temor que à la verdad no me parece del todo fundado.

Generalmente los prácticos estan perfectamente acordes que en cualquiera afeccion en la que se tema pueda predominar el elemento flogístico jamás el plan debilitante podrá ser nocivo sea no obstante la que fuere la idiosincracia particular del sugeto; todos los dias se nos presentan cacheticos, hipocondriacos, istericas y aun decrepitos, dotados sin embargo de un temperamento decididamente sanguíneo. Pero suponiendo se despertase en dichos individuos toda la caterva de afecciones nerviosas à que les predispone su constitucion particular ¿no seria este resultado preferible al de esponerlos à los peligros de una violenta inflamacion del órgano operado à cuyos funestos sucesos no es siempre dable al profesor cortarles el vuelo?

Es bien sabida la grande sensibilidad de que esta dotado el ojo; sus intimas relaciones con el cerebro; su mucha influencia sobre todo el resto de la economia animal; el estado de sensibilidad viciosa en que por mucho tiempo queda constituido despues de la operacion à que se le sujeta, esponiendo à un cierto grado de irritacion é inflamacion mas ó ménos grave que puede aun, en ciertos casos desgraciados, acarrear la pérdida total del órgano. Para precaver pues y combatir todos estos accidente se hace preciso el uso de los antiflogísticos, de los estimulantes revulsivos y derivativos así como la dieta, sino mas severa de lo que prescribe nuestro autor, à lo menos mucho mas prolongada pues que el corto espacio de las 24 horas subsecuentes à la operacion apenas da lugar al desarrollo de los sintomas inflamatorios. (El traductor español.)

mañana y tarde ambos párpados, y lavarlos suavemente con una esponja embebida de agua simple, para impedir que se adhieren.

En el caso de estar ambos ojos afectados de catarata, ¿es preciso operarlos en un mismo día? ¿no es mas ventajoso el operar uno solo y esperar que esté curado para obrar sobre el otro? La esperiencia nos manifiesta que este último partido es el mas seguro, y que apenas retarda la época de la curacion. He tenido con frecuencia ocasiones de convencerme de que los síntomas que acompañan à la segunda operacion, siempre son ménos graves que los que subsiguen à la primera. Este resultado versa à favor de la seguridad de los enfermos que ya no temen una operacion cuya suavidad y simplicidad tienen conocida; dependerà acaso de que los ojos esten menos sensibles, menos irritables, cuando uno de ellos ha sufrido ya la accion de los instrumentos? No puedo decidirme. Es cierto que he visto muchas veces en sujetos hipocondriacos y mugeres istericas una primera operacion, aunque de las mas simples, determinar convulsiones generales ó limitadas à la cabeza y al ojo operado, la dilatacion, la inmovilidad de la pupila y la parálisis casi completa del nervio óptico correspondiente; mientras que la segunda operacion practicada quince dias despues no daba lugar à ningun accidente notable,

Quando no se manifiesta ningun síntoma grave despues de la operacion de la catarata (circunstancia muy comun cuando conformandose con las reglas que acabamos de marcar) diez ó doce dias bastan ordinariamente para la curacion del enfermo. Despues de este tiempo puede servirse del ojo operado; mas conviene que no lo ejercite hasta el caso de fatigarlo; sobre todo cuidará de no esponerlo de repente à una viva luz.

Me parece inútil describir aquí la historia particular de algunos enfermos curados de catarata cristalina á beneficio de la operacion que he descrito: no me parece que debo tampoco citar observaciones detalladas relativas á la curacion de *cataratas lacteas y caseosas*, absorvidas en la cámara del ojo. Todas las obras publicadas sobre enfermedades de ojos están llenas de hechos de este género. Me limitaré pues á referir algunas historias de *cataratas membranosas secundarias*, cuyo resultado manifiesta hasta la evidencia la eheacia del método que he propuesto para curarlas; lo haré con tanto mas placer, cuanto que los casos de esta naturaleza dan á los partidarios del abatimiento sus mas sólidos argumentos.

Observacion séptima.

Un Aldeano, de edad 50 años, al cual tres años ántes le habia batido con écsito una catarata del ojo izquierdo; vino á pedirme le hiciese la misma operacion sobre el ojo derecho. Este último parecia contener una catarata de buena naturaleza, esto es *dura, consistente*, como lo habia sido la del otro ojo. La pupila del ojo afectado disfrutaba de sus naturales movimientos, y el enfermo conservaba aun la facultad de distinguir con el mismo ojo el ambito de los cuerpos; la cámara anterior del humor aquëo era de uno y otro lado de una magnitud que no me acuerdo haber jamas visto otra igual. Los párpados del ojo que debia operarse estaban ligeramente hinchados y cubiertos habitualmente de lagañas; para destruir esta complicacion, dispuse al enfermo la aplicacion de un veigatorio á la nuca y el uso repetido por espacio de quince dias del colirio vitriolado. Este procedimiento tuvo el resultado que me propuse: ambos párpados adquirieron su estado natural. Despues de esta cura-

cion preparatoria emprendí la operacion. Sin esperar-
lo hallé el cristalino un poco blando ; logré sin em-
bargo apartarlo del eje visual y colocarlo profunda-
mente en el cuerpo vítreo ; no retiré la aguja hasta que
la pupila me pareció enteramente limpia : no sobrevino
ningun accidente notable despues de la operacion. Al
onceno dia permití al enfermo dejase la cama y em-
pezase à servirse de su ojo derecho. Me dijo que no
veia tan claramente como despues de los primeros dias
siguientes al de la operacion. Ecsamine la pupila en
un dia claro , y observé que estaba ocupada en mas
de la mitad de su estension por un velo membranoso
blanquecino é irregular. El íris del mismo ojo ofre-
cia oscilaciones extraordinarias que à cada movimien-
to del òrgano trasladavan esta membrana alternati-
vamente de adelante atrás.

Sin mas tardar introduje de nuevo mi aguja en
el ojo derecho ; observé desde luego, levantándolo con
la punta de este instrumento , que el cuerpo opaco
que divisaba por entre la pupila era mas considera-
ble de lo que su volumen me habia hecho juzgar.
Felizmente no estaba adherido á las partes vecinas ;
asi es que facilmente llegué á conducirlo al nivel de
la pupila y colocarlo suavemente en la cámara ante-
rior del humor aquëo. Precipitose en seguida al fon-
do de esta cavidad , que como ya dije, tenia enor-
mes dimensiones. Este cuerpo membranoso tenia el
volumen de un grano de trigo ; se atrofió y sin em-
bargo en el espacio de veinte y cinco dias desapa-
reció. Durante su permanencia en la cámara anterior
no ocasionò ningun obstáculo à la vision ni fué ma-
nancial de incomodidad alguna.

La forma y dimensiones de este cuerpo membra-
noso me indujeron á creer no era otra cosa que
la càpsula cristalina que separada completamente del
anillo ciliar, se habia por una rara combinacion de

circunstancias escapado de la aguja en el momento en que hundí el cristalino en el cuerpo vítreo; quedando libre en la cámara posterior y no compareciendo detras de la pupila hasta que hubo perdido su transparencia.

Observacion octava.

Una infeliz muger, flaca é isterica, entrò en este hospital para ser operada de dos cataratas que habia ya algunos años sufría. El color de estas cataratas, sobre un fondo blanco ofrecian ademas lineas blancas irregularmente distribuidas; no se veia en la otra parte de la pupila aquella convexidad que el cristalino presenta comunmente cuando es opaco; la pupila de ambos ojos disfrutaba de sus movimientos naturales, y la enferma conservaba la facultad de distinguir la circunferencia de los objetos que se le presentaban. La circunstancia menos favorable al écsito de la operacion era la extraordinaria pequeñez y hundimiento de los ojos, sobre todo la singular estrechez de la cámara anterior. En cuanto à la irritabilidad general de la enferma, creí que para calmarla seria suficiente someter à esta pobre muger por algunos dias al uso de la valeriana y quinquina, substituyendo los alimentos de buena calidad à aquellos de que habia hecho uso hasta entonces.

Despues de una preparacion de un mes, empecé por operar el ojo izquierdo; introduje mi aguja entre la superficie posterior del íris y la catarata; mas apenas habia penetrado en la càpsula cristalina que vi se hundia formando diversos pliegues debajo del instrumento. Este fenómeno me manifestò que el cristalino no ecsistia. En efecto estaba reemplazado por una pequeña cantidad de materia glutinosa que se derramaba en el ojo sin enturbiarlo, de modo que

no impidió continuar la operación, Algunos autores llaman á esta enfermedad *atrofia del cristalino*. Me ceñí á despedazar la cápsula cristalina y coloqué sucesivamente los destrozos en la cámara anterior; mas la estremada estrechez de esta cavidad me impidió poderlos colocar todos en ella. Inmediatamente despues de la operacion la enferma fué acometida de una violenta afeccion espasmódica de la cabeza, accidente muy comun en las istericas; mas se restableció la calma luego de haber dado una lavativa compuesta con la decoccion de manzanilla y dos granos de opio. No sobrevinò optalmía violenta.

El cuarto dia posterior al de la operacion, la enferma distinguia regularmente los objetos; mas fué este beneficio de corta duracion. Las porciones de cápsula que no pudieron colocarse en la cámara anterior, se reunieron detras y formaron una especie de tapon opaco que encajándose en la pupila, acabò por tapar completamente su abertura; la vista que la enferma instantaneamente habia recobrado se debilitò de dia en dia, y el decimo octavo posterior á la operacion se estinguió enteramente. Para restablecer esta funcion, era indispensable recurrir á una nueva operacion, y colocar en la cámara anterior, el tapon opaco que cerraba la pupila; mas no habia lugar en esta cámara ocupada aun por los primeros copollos membranosos; esperé la completa absorcion de estos que se verificó en el espacio de ocho dias introduje entonces de nuevo la aguja en el ojo y coloqué en la cámara anterior todos los restos de la catarata. Hallose de nuevo esta cavidad llena hasta el nivel de la pupila. Los primeros colgajos membranosos que yo habia desalojado daban muy poca presa á la aguja con motivo de su extrema tenuidad; pero no sucedió lo mismo con los otros que se habian hinchado durante su permanencia en el humor

aquëo; me apoderé de estos últimos y los desalojé con la mayor facilidad. Esta observacion que á la verdad no deja de tener su importancia aplicase á todos los casos ànalogos.

La segunda operacion determinò como la primera una afeccion espasmódica á la cabeza; una lavativa opiada la desvaneciò igualmente.

El dia vigesimo octavo la enferma distinguia suficientemente los objetos que se le presentaban. Todos los pedazos membranosos que llenaban la càmara anterior desaparecieron enteramente; la pupila recuperò en toda la estension de su disco la limpieza y transparencia que le es natural.

Observacion nona.

Bartolome Zucchi de Calvair, robusto, edad 45 años, afectado de dos cataratas, vino á esta escuela de cirujia el 28 de Abril de 1793: sus ojos eran pequeños y hundidos. Desde luego le operé el ojo izquierdo en el que hallé una *catarata mole caceosa*. Despues de haber roto la càpsula del cristalino y reducido á piezas la substancia papilosa del cristalino, coloqué todos los fragmentos en la càmara anterior, que se llenò hasta el nivel de la pupila. La operacion no fué seguida de ningun síntoma grave; el dia diez los cuerpos ó copos opacos depositados en la càmara anterior, habian disminuido la mitad de su volumen, el enfermo veia con el ojo izquierdo muy distintamente. Operé entonces el derecho, en el que hallé una catarata consistente; desgarré estensamente la cristaloyde anterior, y hundí profundamente el cristalino en el cuerpo vítreo. Quince dias despues de la operacion, el ojo derecho, soportaba la luz sin incomodidad y los cuerpos depositados en la càmara anterior del izquierdo desaparecieron eutera-

mente. Salió el enfermo del hospital, poco tiempo despues, perfectamente curado.

Observacion décima.

Maria Spigoletti, de 40 años de edad, tenia el ojo izquierdo acataratado hacia ya dos años; el cristalino del derecho, de dia en dia iba perdiendo su transparencia; esta muger tenia ademas los párpados hinchados y sufría una abundante secrecion de lagañas. La purgué con la sal amarga; hícele aplicar en seguida un largo vegigatorio à la nuca y le ordené el uso del unguento optalmico de Janin. Un mes despues de esta curacion preparatoria, quise abatir la catarata del ojo izquierdo, pero percibí que era nucosa. Me contenté con destruir la càpsula cristalina y reducirla à pedazos, que sucesivamente coloqué en la càmara anterior; y de este modo conseguí restituir à la pupila toda su transparencia.

No hubo mas síntomas consecutivos, que una ligera optalmía limitada enteramente à la conjuntiva palpebral; la aplicacion de saquillos de yervas emolientes y lociones de agua de vejeto mineral la disiparon en una semana.

En el espacio de un mes todos los colgajos membranosos depositados en la càmara anterior, cuya presencia hubiera podido hacer creer la ecsistencia de un hypopion, se atenuaron y desaparecieron completamente. La enferma se fué del hospital despues de haber recuperado enteramente la vista del ojo izquierdo.

Obsérvacion undécima

Un aldeano : edad 66 años, llamado Juan Alberti,

vino à esta escuela de cirujia práctica para que se le operase de dos cataratas.

Empezé por operar el ojo izquierdo, en el que hallé el cristalino consistente; pude facilmente apartarlo del eje visual y hundirlo en el cuerpo vítreo; pero despues de haber ejecutado este movimiento, observé que quedaba al nivel de la pupila una tela membranosa opaca; sin duda era una porcion de la cristaloydes anterior, que no habia sido suficientemente destruida. Me apresuré à traer mi aguja àcia adelante para despedazar esta càpsula en toda la estension del disco de la pupila, y hacer pasar los colgajos en la càmara anterior. No sobrevinó ningun accidente notable y el enfermo recuperó la vista de este ojo.

Despues de 12 dias, operé el ojo derecho. Esta segunda operacion presentò ecsactamente las mismas circunstancias que la primera. Despues de la depresion del cristalino, un colgajo de la cristaloydes anterior compareció al nivel de la pupila. No fué porque esta càpsula se hubiese enteramente escapado de la accion de la aguja, pero si por no haber sido suficientemente desgarrada para ser arrastrada toda entera en el movimiento del abatimiento. Volví à llevar la punta de la aguja adelante para despedazar esta capa membranosa, y hacer pasar los destrozos en la càmara anterior; repetí estas maniobras hasta que la pupila recuperó la transparencia en toda su estension. Un mes despues de esta operacion, todos los copos depositados en las càmaras anteriores del humor aquëo habian enteramente desaparecido, y el enfermo habia recobrado completamente la vista.

Observacion duodésima.

Paula Guagnini, de Sale, edad 45 años, de cons-

titucion débil y sujeta à violentos accesos istericos; hacia algunos meses que tenia el ojo izquierdo acataratado y veía confusamente del ojo derecho, cuyo cristalino empezaba ya à obscurecerse. Concurría además en esta muger la circunstancia de padecer una relajacion de ambas conjuntivas con hinchazon de párpados y abundante secrecion de lagañas. Le hize aplicar un vegigatorio á la nuca, y le ordené que se lavase frecuentemente los ojos con el colirio vitriolado por el espacio de 15 dias. La hinchazon y secrecion viciosa de los párpados desaparecieron con la influencia de este plan curativo. Al mismo tiempo hice tomar à la enferma por mañana y tarde veinte granos de valeriana con una dracma de quinquina, para reparar las fuerzas y calmar la extrema sensibilidad de que estaba dotada.

La operé el 21 de Noviembre del año 1795. Apenas habia introducido la aguja en la catarata, para cojerla y apartarla del eje visual, cuando se rasgó como una vegiguilla y en el mismo instante se presentó una nube lactea en ambas cámaras del ojo. Aun entonces pude distinguir los vestigios del cristalino y hundirlos en el cuerpo vítreo; dirigí la aguja àcia la pupila para despedazar la cristaloydes anterior, colocando sucesivamente los colgajos en la cámara anterior.

Durante la operacion, la enferma no dió ninguna señal de dolor, pasando tranquilmente los tres primeros dias siguientes, pero al cuarto fué acometida de un violento acceso isterico con sofocacion, convulsiones generales, y delirio furioso; de cuyos accidentes temí alguna funesta consecuencia; sin embargo el ojo operado no esperimentó la menor alteracion, y al dia siguiente quedé agradablemente sorprendido, viendo que la pupila estaba perfectamente limpia y que la enferma distinguia aun los objetos mas pequeños.

El décimo dia, estaba ya en estado de dejar la

cama y servirse del ojo izquierdo para mirar los cuerpos debilmente iluminados.

Los copos membranosos depositados en la cámara anterior empezaban à disminuir: toda aquella masa opaca que parecia un hypopion, habia desaparecido enteramente el dia treinta y dos. La enferma salió del hospital perfectamente curada. El uso no interrumpido de la raiz de valeriana y de la quinquina, algunas cucharadas de una infusion de manzanilla, de licor de asta de ciervo sucinado y de agua de canela administradas todos los dias, habian hecho cesar la frecuencia é intensidad de los accesos istericos.

Nota.

El capítulo que acaba de leerse está exclusivamente consagrado á la descripcion de la operacion de la catarata por abatimiento. Este método segun el autor, es infinitamente preferible à la extraccion, y se aplica con igual ventaja à todos los casos y à todas las complicaciones. ¿Pero son del todo convincentes las pruebas que el refiere en apoyo de su opinion? El Sr. Scarpa practica esclusivamente el abatimiento; sus buenos resultados son numerosos, apénas hay dificultades para una mano tan hábil como la suya, y su método es preferible à todo otro. Este es su raciocinio. No se puede negar que la cuestion sobre cual es preferible si abatir ò extraer el cristalino en la operacion de la catarata no sea aun muy incierta; difícil es que llegue à resolverse de un modo satisfactorio, à no ser que los operadores suspendan aficionarse esclusivamente á alguno de los dos métodos, presentando sus resultados como tambien las objeciones contra aquel del que se han declarado partidarios.

Me parece que habria otro medio de llegar á los conocimientos precisos: este seria el comparar los resultados que obtienen los que practican esclusivamente la estraccion, con los conseguidos por los partidarios del método contrario. Pero tal reconciliacion es mas aparente que sólida, pues ¿no es sabido que los escritores, siempre apresurados á publicar sus resultados, rara vez hablan de sus infortunios? Con todo si se da crédito á *Davil*, de doscientos diez enfermos en los cuales practicó la operacion de la catarata por estraccion, ciento noventa recobraron la vista. *Sharp* curó la mitad de sus enfermos, y *Richter* curó de diez, siete. Con respecto á los resultados obtenido por los cirujanos que practicaban el abatimiento antes que el Sr. Scarpa al parecer eran muy escasos. El Sr. Sabatier refiere en su medicina operatoria tomo tercero, que de los cien enfermos operados segun este método solo uno recobró la vista. Es verdad que los procedimientos de los oculistas de su tiempo, eran mucho menos perfectos que los del sabio profesor de Pavia.

Si fuese permitido suplir los hechos por razones, no dudariamos abogar á favor de la estraccion. Parecenos que una operacion en la que solo se interesa la córnea trasparente y la càpsula cristalina, tejidos apénas sensibles, debe por otra parte, supuestas iguales todas las cosas determinar accidentes ménos graves que la lesion de la choroyde, de la retina, de los procesos ciliares etc. Mas tratemos de comparar la estraccion y el abatimiento como métodos generales, bajo la doble relacion de la ejecucion y de los accidentes, sean primitivos ó consecutivos. No deja de repetirse que es mas fácil el abatir el cristalino que extraerlo. Es verdad, siempre que no se trate sino de los casos mas simples; pero sucede asi cuando la catarata es membranosa, caseosa, ó muy

dura; cuando la cristaloydes anterior adhiere à la superficie posterior del íris? En el primer caso el Sr. Scarpa aconseja destruir la càpsula cristalina poniendo los destrozos en la càmara anterior; es preciso convenir que el precepto es à la verdad aqui mas fácil que el ejemplo. En el segundo, el estado caseoso del cristalino de ningun modo añade dificultades à la estraccion, ¿se creerà que sea entonces fácil de dividir este cuerpo con la punta de una aguja, para colocar los diferentes fragmentos por medio de la pupila? Cuando el cristalino es muy duro, y en algun modo impenetrable (circunstancias indiferentes en la operacion por estraccion) se le ve resvalar debajo la raiz de la aguja sin que sea posible apoderarse de él para deprimirlo y colocarlo atrás. ¿No es espuesto desprender el íris del cerco ciliar, siempre que la càpsula cristalina ha contraido adherencias con aquella membrana? En fin, en la operacion por abatimiento, el humor aquëo puede repentinamente perder su transparencia, ya sea que la aguja haya roto algun vaso sanguíneo, ó que un líquido purulento contenido en la membrana cristalina, se derrame en las càmaras del ojo, entonces el instrumento y el cristalino se substraen de la vista del operante, que no obra sino à la casualidad, incierto de saber si deprime una catarata, ó si destruye inútilmente partes sanas.

Se ve pues que si la estraccion es una operacion bastante delicada, el abatimiento presenta tambien sus dificultades. Es injusto, segun nuestro sentir, que se quiera conceder una preferencia absoluta à cualquiera de estos dós métodos. En efecto hay cataratas que es mas fácil extraer, que abatir; otras al contrario presentan circunstancias opuestas. La cuestion se simplificaria infinitamente, si fuese posible reconocer à priori la naturaleza de la catarata, pero desgraciada-

mente todas las señales sobre que funda el diagnóstico de las especies son aun muy poco ciertas para servir de guia al práctico.

En cuanto à los accidentes primitivos que pueden complicar la operacion de la catarata, observamos que el dolor siempre es ninguno en la extraccion; lo mismo se observa generalmente en el método opuesto; pero si sucede que se hiere uno de los numerosos filamentos nerviosos que corren á lo largo de la esclerótica y de la coroyde para meterse en el cerco ciliar, si sobre todo alguno de estos nervios se divide incompletamente, entonces el dolor es muy vivo, puede durar algunos dias y ocasionar accidentes muy graves.

Se atribuye à la operacion por extraccion muchas dificultades y obstáculos que le son propios: los principales son el derramamiento del humor vítreo, la herida del iris y las cicatrices de la córnea. Es raro poder precaver el derrame del humor vítreo en individuos cuyos ojos son muy grandes y salientes, pero esto mas bien es una ventaja que un inconveniente. No porque se haya visto salir durante la operacion una cantidad considerable de este humor, debe desconfiarse del écsito de ella. Siempre que el ojo no ofrezca volùmen estremo, la salida del humor vítreo es accidente muy poco comun, que mas bien se debe vituperar al operante que à la operacion. En cuanto à la herida del iris, puede esta membrana ser dañada por el instrumento, ó desprendida del cerco ciliar en el momento en que el cristalino se introduce por medio de la pupila; pero el primer accidente es muy raro, cuando se corta separadamente la córnea trasparente y la càpsula cristalina, mientras que el segundo mas bien corresponde al abatimiento que à la extraccion. Advertimos finalmente que la herida del iris no es jamas un accidente muy pe-

figroso lo mas que puede resultar es una doble pupila, ò irregularidades en la forma de la natural. Esta última circunstancia no influye sobre la vision; la primera aunque mas grave, no produce sin embargo necesariamente la ceguera. Lo que se ha dicho de la cicatriz de la córnea apénas merece refutacion; sobre que en ciertas ocasiones apénas es visible ¿ colocada por otra parte en la circunferencia como podrá turbar la vision? Se vé pues que los mas de los inconvenientes con que se quiere zaherir la operacion de la catarata por estraccion, no tienen la gravedad que se les quiere atribuir, no siendo comunmente mas que el resultado de la imprudencia é impericia del operante. ¿Acaso con mas motivo no se podrian dirigir diferentes quejas contra el método opuesto?

1.º La lesion de los nervios. 2.º La picadura de una pequeña arteria ò vena, y por consecuencia una demoragia interna, bastante considerable algunas veces para producir la dilatacion é inflamacion del globo del ojo: 3.º El cristalino abatido puede confundir y destruir la retina, ó gravitar sobre esta membrana hasta llegar el caso de determinar continuos dolores y una amaurosis completa: finalmente este cuerpo opaco, puede remontar ó subir, tomar su primera situacion, y obligar al enfermo á recurrir à una nueva operacion mas ó ménos aventurada. Convendremos en que estos accidentes son bastante raros; pero son demasiado graves para no inspirar justos temores.

El mas formidable de los accidentes que puede manifestarse á consecuencia de la operacion de la catarata, es sin duda la inflamacion violenta del ojo que produce el oscurecimiento de la córnea, ò otros desordenes irreparables. Pero es difícil determinar si este accidente es mas temible en seguida de la estraccion ó despues del abatimiento: se concibe con todo que el corte de una membrana insensible, uni-

da à la evacuación parcial del ojo debe ser una causa de irritacion ménos viva que la picadura de la coroides y de la retina, el despedazamiento de la membrana hyaloides y una especie de estendimiento del globo ocular. Pero guardémonos de dar juicios verosímiles por verdades evidentes; convengamos al contrario que la esperiencia à la cual sin embargo seria tan fácil consultar nada ha enseñado todavia de positivo sobre cual es, en la operacion de la catarata el método que ménos dispone à los accidentes inflamatorios, cuestion de las mas importantes y cuya solucion fijaria irremisiblemente la incertidumbre de los prácticos sobre el absoluto valor de ambos métodos que dividen hoy dia su aprobacion. Se vé que nosotros no podemos apartarnos de una especie de preocupacion à favor de la estraccion; pero si en los mas de los casos nos parece preferible este método, convendremos con franqueza en que hay circunstancias que no solo lo hacen inferior al método opuesto, si que tambien enteramente inadmisibile. Señalaremos los principales: 1º Cuando el ojo està estremamente hundido en la órbita, conformacion que apenas permite el corte de la córnea: 2º Cuando la pupila està demasiado cerrada para franquear fácilmente paso al cristalino (suponiendo que esta restriccion ya ha sido combatida con las aplicaciones narcóticas, el extracto de belladona etc.) 3º Cuando el ojo es muy grande y muy convexo, la incision de la córnea es fácil; pero la salida de una cierta cantidad del humor vítreo es casi inevitable, y apesar que este accidente no sea ordinariamente muy grave, es sin embargo bueno evitarlo: 4º Cuando la córnea es muy pequeña, y hay algun motivo para creer que el cristalino es voluminoso. Pero por otra parte no queda duda de que la estraccion es preferible al abatimiento, siempre que la catarata es blanda, caseosa, ó muy dura; cuando

la cápsula cristalina ha contraído adherencias con la cara posterior del iris etc. etc. No se puede disputar la preminencia entre los dos métodos sino por los casos ordinarios, sin olvidar que hay circunstancias que militan á favor de uno y otro en ciertos casos particulares.

La autoridad del profesor de Pavía no ha impuesto á los cirujanos de los demas países de Europa. Los mas de estos últimos practican esclusivamente la extraccion, cuyos felices resultados aprecian todos los dias. En Paris los Sres. profesores *Boyer* y *Roux* no recurren al abatimiento sino en los casos que imperiosamente reclaman este método; lo mismo sucede con los oculistas *Wenzell* y *Demours*. El célebre *Beer*, de Viena es uno de los partidarios mas acérrimos de la extraccion. Apenas practica sea la depresion simple, sea la depresion con destruccion del cristalino, que el llama *reclinasion*, sea en fin, la disicion, ó *keratonixis*. Muchos cirujanos ingleses acaban de adoptar, para ciertos casos, este último método cuyas ventajas se han exajerado particularmente en Alemania. Tiene pues á su favor el método por extraccion, una mayoría de votos que no parecen dudosos; no obstante repetimos que la de hechos seria aun de mas grande importancia. (1)

(1) La enumeracion que los profesores Dabiel, Lafaya, Morand, Sibatier y Boyer, hacen de los inconvenientes y accidentes la mayor parte inseparables de la operacion de la catarata por abatimiento, los mismos que literalmente relatan los traductores franceses en la presente nota, parecen á la verdad bastante poderosos por haber decidido todos estos prácticos á favor de la extraccion; parangonándolos no obstante, con los propuestos por Scarpa, Pot, Callisen, Bell, Ben y otros contra la extraccion, nos veremos en la dura precision de entablar treguas en esta clase de lucha literaria, hasta que la esperiencia viniendo á nuestro socorro, y presentándonos la certitud libre de toda hipótesis, decida la victoria á favor de uno de los dos procederés.

Ya sea por la preponderancia de accidentes que el método por abatimiento arrastra; ya por los resultados clinicos poco favorables que

Por lo demas ya lo dejamos dicho, no puede decidirse una preeminencia absoluta entre los dos métodos que acabamos de parangonar.

Ya señalamos muchos casos en los cuales el abatimiento es exclusivamente aplicable, y otros que mas particularmente reclaman la extraccion. Desgraciadamente apenas se sabe en muchas ocasiones, que método es el que hubiera sido preciso preferir (sino cuando ya no hay tiempo) pues que es imposible distinguir *a priori* todas las especies y variedades de cataratas. El diagnóstico de esta enfermedad, presenta con respecto á esto una imperfeccion real. Inútilmente muchos autores han querido señalar á las cataratas cristalinas mem-

sin duda antiguamente obtendrian; ó bien por la exacta clasificacion de circunstancias que imperiosamente exigen la extraccion, igualmente que por el fiel paralelo de cual de los dos métodos remedia con mas facilidad todas las complicaciones de la enfermedad cuya operacion reclama; seria, digo, sin duda en fuerza de estas consideraciones que el abatimiento se miró por mucho tiempo como peligroso. En el año de 1716 época en que se generalizó la opinion de ser el cristalino el centro de la catarata *Hovius* ya declamó contra él; *Raw* la miraba como una de las operaciones mas inciertas de la cirugía, y determinó el no emprenderla jamás, *Heistier* hizo el mismo juicio de ella, de modo que los mas de los cirujanos metódicos de aquel tiempo la habian abandonado enteramente, y solo quedó al arbitrio de aquellos que recorrían las provincias haciendo de ella su única ocupacion; hasta que *Scarpa* sacándola del olvido en que habia caído la preconizó como único método para la catarata. Si los profesores de la capital de Cataluña hubiesen debido decidir esta cuestion, fundados por los resultados de la esperiencia estoy bien seguro no podrian pronunciarse á favor del abatimiento. Todos cuantos fueron operados por un extranjero (al parecer profesor Italiano) que pasó á aquella ciudad en 1822, acérrimo defensor del abatimiento, apenas hubo uno que pudiese disfrutar los beneficios de él; los mas quedaron ciegos como antes, otros sujetos á intensas é insufribles cefalalgias, efecto sin duda de la picadura de los nervios oñares, y por último otro perdió la vida pocas horas despues de la operacion apesar de disfrutar antes de ella el mejor estado de salud.

Nada tendrá de particular que aquel operador extranjero vuelto á su pais, y refiriéndose solamente á los muchos operados por el abatimiento de todos sexos y edades que dejó en Barcelona, preconice este método que es creible no haria, si en lugar de haberse marchado con tanta precipitacion y casi clandestinamente, hubiese aguardado el tiempo prefijado por el arte para cerciorarse de los resultados. (El traductor español.)

branas, duras, caseosas, blandas etc. caracteres invariables; mil veces la esperiencia ha demostrado la debilidad de estas distinciones. ¿Es preciso creer sobre la buena fe de los cirujanos alemanes y discípulos de Beer, el que este sabio haya llegado à distinguir à *priori* las diversas especies de catarata? Tres principales admite 1º La catarata lenticular: 2º La capsular 3º La càpsulo-lenticular. La primera segun él, es siempre de un gris amarillo bastante oscuro, mas àcia su centro que à la circunferencia; en su parte anterior se manifiesta una sombra circular formada por el borde pupilar del iris en el que se distingue ademas el color negro; no perturba los movimientos del iris, y se deja ver bastante apartada de esta membrana; se desenvuelve lentamente jamas presenta manchas blancas, ni intercepta completamente la vista. La catarata capsular no se desarrolla del centro à la circunferencia como la precedente; manifiesta al contrario desde su principio manchas ó mejor estrías blanquecinas relucientes, que al parecer proceden del contorno de la càpsula cristalina; su color siempre bastante claro, no tiene un tinte uniforme; no se observa sobre la superficie anterior de la catarata capsular, aquella sombra circular del iris, que dijimos se manifestaba en la cristalina; solo se vé el borde negro de la pupila. Esta diferencia depende de la situacion de la càpsula opaca que toca à la superficie posterior del iris. Beer distingue tres variedades de catarata càpsular; A catarata capsular anterior que presenta una union de estrías, de las cuales las unas son blancas como la ereta, y las otras resplandecen como el nacar; B, catarata capsular posterior que no presenta jamas estas manchas blancas, y parece concava y mas profundamente situada; C; catarata capsular perfecta que llena la càmara posterior, parece adherente à la uvea empujando aun el iris àcia adelante.

La catarata càpsulo-lenticular es en parte blanca como la creta, y en parte reluciente como el nacar. Estos dos colores parecen sobrepuestos en diferentes puntos; el iris inmóvil, la càmara posterior no existe, la ànterior està considerablemente disminuida, el iris es conveso àcia adelante, el enfermo dificilmente distingue la luz. En ciertos casos la cristaloydes anterior da origen à las carnosidades diversamente figuradas; resultando muchas variedades que forman otras tantas subdivisiones de la misma especie: Beer las llama catarata càpsulo-lenticular *marmorea fenestrata, stellata, centralis, punctata dimidiata etc.* tales sòn los càracteres esteriore que el profesor de Viena señala à las principales especies de catarata. Confesamos que dudamos un tanto de su importancia pràctica. El Dr. Muller que nos ha comunicado estos pormenores, asegura sin embargo que engañan pocas veces à un ojo ejercitado. Finalmente, para mayores aclaraciones sobre esta materia nos remitimos à un tratado de enfermedades de ojos que en breve debe publicarse en Paris: al de Weller traducido por lo S.S. Muller Dr. en medicina de Viena y Kapeller médico en gefe del hospital de San Antonio.

Antes de Beer, Richter habia insistido mucho sobre el diagnòstico de diferentes especies de cataratas. Segun este autor, la catarata *consistente, dura* es siempre muy pequeña, tiene un color ceniciento amarillo ó negruzco. El espacio que se manifiesta entre ella y el contorno de la pupila parece muy considerable, el iris disfruta de todos sus movimientos; el enfermo distingue la luz de las tinieblas y los objetos muy resplandecientes; la superficie anterior de la catarata no presenta ninguna convexidad: en su circunferencia hay delineado un cerco negruzco, que solo es visible en el estado de dilatacion de la pupila (*Richter's Anfangsgrunde der Wundarzney kunsck p. 177. 3 band.*)

La catarata blanda ó *lacteá* presenta sobre un fondo blanco manchas oscuras irregularmente distribuidas. Estas manchas cambian de relacion y situacion en los movimientos bruscos de los ojos; y algunas veces desaparecen enteramente la semi-circunferencia inferior de la pupila parece mas opaca que la parte opuesta.

La catarata *lacteá* tiene siempre un volumen considerable; llena la cámara posterior, empuja el iris ácia adelante, y se hace saliente algunas veces por medio de la pupila: apenas el enfermo distingue la luz de las tinieblas; los movimientos del iris son sumamente oscuros, y la pupila está en un estado de dilatacion habitual (*Richter's Anfangsgrunde etc.* 3 *band.* 174, 175.)

El Sr. *Travers* piensa que hay muy pocas cataratas *lacteas* simples. Casi todas, segun el, están complicadas de catarata capsular, pero en muchos casos la *crystaloydes* anterior no presenta mas que algunos puntos opacos, que forman otras tantas manchas que se distinguen muy claramente mirando de lado la membrana opaca que rodea el campo de la pupila. (*Mé-dico-chirurgie. transact.* vol. 1^o pág. 284.)

En fin *Richter* pretende que la catarata caseosa siempre muy voluminosa, presenta casi todos los caracteres exteriores de la catarata *flúida* ó *lacteá*, con la diversidad de que las manchas y las estrías de que está surcada la superficie, no cambian ni de figura, ni de situacion. Segun el Sr. *Travers* la catarata caseosa presenta frecuentemente un color nebuloso igual en todas sus partes, y algunas veces verdoso ó de un blanco sucio. El mismo observador pretende que puede asegurarse que la catarata no es membranosa, siempre que está rodeada de un cerco negrozco. Este carácter jamas lo ha engañado (op. *et. loc. cit.*)

Quando la capsula cristalina está completamente

opaca es difícil juzgar del estado del cristalino ; mas la experiencia manifiesta en este caso que no conserva ni su transparencia ni sus dimensiones ; parece que experimenta una especie de destruccion voluntaria , que se transforma luego en un pequeño tubérculo desigual. ¿ Puede esta degeneracion del cristalino mirarse como el efecto preciso de la obliteracion de los vasos de su cápsula , que le hubiesen acarreado primitivamente los materiales de su nutricion ? Esta especie de catarata *cápsulo-lenticular* presenta un carácter exterior esclusivo à ella ; se saca del estado de la membrana *iris* que se encorva ácia atrás , y presenta una concavidad anterior. Se observa siempre en la cristaloides un punto mucho mas opaco que los otros , es el que corresponde à los vestigios del cristalino. A esta especie es á la que hacen referencia el mayor número de casos de cataratas congénitas , segun lo demuestran las observaciones de *Saunders*.

Tales son los caracteres ménos inciertos de las diferentes especies de cataratas. A la verdad , ni están suficientemente deducidos , ni son bastante constantes para guiar al práctico en todos los casos ; pero confiamos que nuevos descubrimientos facilitarán el poder llegar algun dia à la solucion de una cuestion tan interesante.

Sea cual fuere la especie de catarata y el método operatorio que se le adopte , es importantísimo asegurarse si existen ó no sea en el ojo mismo ò en las partes vecinas , algunos desórdenes que indispensablemente se opondrian al ecsito de la operacion. El Sr. Scarpa no ha pasado por alto las principales contraindicaciones ; pero en el ecsàmen , sobre todo de la pupila , es en el que estriva el conocimiento de cambios favorables ò contrarios. El estado de la pupila està subordinado à los movimientos del *iris* : se sabe pues que estos movimientos señalan con bastante ec-

sactitud el grado de sensibilidad de que disfruta la retina. Si la pupila está habitualmente dilatada, inmóvil; si además el enfermo apenas distingue la luz de la oscuridad, háy motivo para creer que la catarata está complicada de amaurosis. Esta presunción es tanto mas fundada pues cuando esta molesta complicación no existe, los movimientos del iris son siempre mas dilatados y rápidos que en el estado natural; fenómeno que seria verdaderamente difícil de explicar de un modo satisfactorio. Con todo es preciso estar prevenidos, en que la inmovilidad de la pupila puede reconocer otras causas además de la parálisis de la retina; puede ser efecto de adherencias contraídas por el iris con la cristaloydes anterior: lo mismo sucede à la dilatacion habitual de la pupila. En cuanto à la facultad de distinguir la luz de las tinieblas, este carácter tiene sin duda mas alta importancia; sin embargo no escluye necesariamente la existencia de un principio de amaurosis. Para quitar toda incertidumbre, y llegar à un diagnóstico cierto, importa considerar todas las circunstancias conmemorativas. Asi la amaurosis tiene causas especiales, un desenvolvimiento particular, que apenas escapa à la sagacidad del práctico las adherencias del iris con la càpsula cristalina son comunmente precedidas de optalmías internas, etc. Hay una especie de catarata, cuyo diagnóstico presenta dificultades particulares; hablo de la catarata negra. Se podria fácilmente confundir sobre todo con la amaurosis. Importa tanto mas distinguir estas dos afecciones: cuanto que su curacion es muy diferente. Si el color negro del cristalino está un poco mezclado, el diagnóstico es ménos oscuro; pero cuando el cristalino está enteramente negro es difícil reconocer la naturaleza de la enfermedad: se hace preciso ecsaminar atentamente todas las circunstancias conmemorativas, informándose muy particularmente de

los fenómenos de la invasión , que siempre lenta en la catarata , es generalmente rápida y algunas veces repentina en la amaurosis. Si la pupila es de un negro sin lustre que absorbe toda la luz no repercutiendo brillantez àcia el ojo del operante ; si los movimientos del iris son casi regulares ; si el enfermo distingue la luz de las tinieblas ; si ve mejor los objetos poco resplandecientes ; si ve ò ha visto en el principio ménos confusamente por la tarde ó mañana que àcia el medio dia , no queda duda de que está afectado de catarata negra. (*Boyer tratado de las enfermedades quirurgicas Recopilacion, periodica de la sociedad de medicina. tom. 1. pág. 180.*)

Por lo demas , por poca incertidumbre que haya , se debe obrar como si tratase una catarata. Es posible que la operacion restituya la vista al enfermo ; á mas de que no puede hacerle caer en un estado peor , cuando los medios propios para combatir la amaurosis han sido empleados por largo tiempo sin exito. Hubieramos podido comprender la catarata negra entre las que deben operarse por estraccion : pero es inútil decir que seria preciso ser favorecido por la casualidad ó multiplicar extraordinariamente los movimientos de la aguja , para no dejar nada al nivel de la pupila de un cuerpo que se oculta completamente á la vista.

Antes de describir la operacion de la catarata por estraccion , creemos de nuestro deber el emplear algunas líneas en la ilustracion de muchas cuestiones importantes.

1º Preguntase si conviene operar la catarata cuando solo afecta á un ojo ? Sobre este punto están divididas las opiniones. La operacion puede salir bien , pero puede tambien determinar accidentes muy graves , una violenta optalmía , por ejemplo : y en este caso ¿ quien podrá asegurar no se transmita al ojo sano ? ¿ Quién sabe si al enfermo que se le quiere volver mas perfecta la vista ó librarle de una simple defor-

midad, le sobrevendrá quizás una completa ceguera? Esta objecion es sólida y fundada. Dicese tambien que no puede la operacion tener jamas ningun feliz resultado, y se alega por razon la imposibilidad de restituir al ojo enfermo una fuerza igual al sano; de donde se infiere que debe sobrevenir un estrabismo, ó bien un désorden mas ó ménos marcado en la vision. Esta conclusion à que conducen los conocimientos físicos no està acorde con los resultados de la esperiencia. El Sr. Juan ha operado con buen exito un individuo que tenia una sola catarata. (*Tratado de las enfermedades de ojos, edic. en Paris 1741. Observacion sobre una catarata láctea pág. 196, (Wenzell refiere un sin número de hechos iguales. Tratado de la catarata, observaciones 6, 13, 16, 19, 22, 25 etc.)*) Se encuentran ademas observaciones análogas en la obra de Saint-Yves (*tratado de las enfermedades de los ojos, capitulo 15 art. 3.*) ¿Que se inferirá de esto? Que es posible restituir la vista completamente à las personas teniendo solo una catarata; sin embargo la prudencia exíje prevenir al enfermo de los daños à que espone la operacion à fin de que sobre si mismo recaiga la responsabilidad del exito.

2º ¿Cuando la catarata es doble, es precisó operar los dos ojos el mismo dia, ò bien dejar un cierto intévalo entre las dos operaciones? Pretenden unos que es mejor prácticar la operacion en dos tiempos, porque no es probable que sobrevengan cada vez accidentes graves; por otra parte, dicen, es imposible que dos órganos que por lo regular se reparten simpativamente todas sus afecciones, no se influyan reciprocamente, cuando han sido sometidos en un mismo tiempo á una violenta causa de irritacion. Tal es como se sabe, la opinion del Sr. Scarpa, pero muchos prácticos son de contrario sentir. Es preciso convenir que es raro, cuando se operan las dos cataratas

en el mismo dia, el ver desenvolverse con una igual actividad en cada ojo los accidentes inflamatorios; y es aun mas raro que estos accidentes acarreen irreparables desórdenes en uno y otro de los dos órganos. Añadimos que operar la catarata en dos tiempos, es exponer dos distintas veces cada ojo al mismo accidente; porque es cierto que la inflamacion del uno de estos órganos, casi siempre se transmite simpaticamente al otro. Concluyamos que es preferible operar las dos cataratas en el mismo dia. (1)

3º ¿Puede la operacion de la catarata practicarse en todos tiempos y en todas las estaciones? Es cierto que los resultados son menos temibles en la primavera y en el verano que en el invierno y otoño, estaciones húmedas y frias que predisponen particularmente à las afecciones inflamatorias y catarrales, y sobre todo es preciso abstenerse de operar si reinasen opalmías epidémicas. (2)

(1) No piensan asi los Señores Demours, Dupuytren, y otros muchos prácticos que sobre este punto están perfectamente acordes con el autor. El que la inflamacion de uno de estos órganos se transmita casi siempre al otro es à la verdad una preposicion demasiado general; pues todos los dias vemos repetidas opalmías aisladas en un solo ojo. Podrian citarse muchisimas ventajas comprobadas por la esperiencia y justificadas por hechos à favor del método seguido por estos profesores, en separar las dos operaciones por el intervalo de veinte ó treinta dias esto es hasta que los accidentes determinados por la primera estén enteramente disipados; mas entre ellas la de mayor fuerza, es que aguardando para destruir la segunda catarata el que se hayan podido observar los efectos de la operacion de la primera, queda entonces el recurso de adoptar otro proceder si con aquel no se ha obtenido el resultado que se deseaba. El doctor Dupuytren ha observado particularmente que operando ambos ojos à la vez, uno de ellos parece que carga con toda la inflamacion, desorganizándose muy amenudo, mientras que el otro presentando solo accidentes muy moderados curaba perfectamente. (El traductor español.)

(2) Esta es otra de las circunstancias dignas de la mayor atencion y à la que muchas veces deben atribuirse los resultados extraordinarios obtenidos por muchos prácticos en la operacion de la catarata; no solo el no operarla mientras reinan opalmías epidémicas, si que tambien corizas, ú otras enfermedades que fixándose ya en el ojo, ya en sus alrededores ó bien

En cuanto à la eleccion de la estacion, solo para los enfermos menesterosos puede ser un obstáculo real: pues que las personas acomodadas, siempre pueden de cualquier modo proporcionarse una primavera artificial. He visto operaciones de cataratas de perfectos resultados practicadas en invierno y estaciones muy frias

4º ¿Pueden operarse niños de la catarata antes que lleguen á la edad de la razon y de la docilidad? Los que contestan negativamente à esta cuestion, no pueden dejar de conocer que es muy ventajoso restituir à estos niños desgraciados un sentido que señaladamente debe contribuir á su educacion física y moral; pero les atemoriza las dificultades de la operacion; sus temores nos parecen muy exagerados. ¿No es, à la verdad, mas facil meter una aguja en el ojo de un niño, que practicar en el, la operacion de *pico de liebre*? Ware y Wenzell no solo han deprimido sino que han estraído cataratas à los niños de teta. (*Ware's not. pag. 90. Wenzell tratado de la catarata.*) Es preciso convenir sin embargo que en este caso la depresion es preferible al método opuesto. *Saunders* primer cirujano de un hospital destinado en Londres para la curacion de las enfermedades de los ojos, ha practicado esta operacion con admirables resultados, en niños de diez y ocho meses á cuatro años; el Dr. Farre editor de sus obras, quiere que la edad de dos años sea la mas favorable de todas para el ec-sito de la operacion. El Sr. *Gibson* prefiere la edad de seis meses.

La cuestion de indagar si es posible operar á los niños de la catarata en los primeros tiempos de su

en la cabeza en general, y manifestándose con la mayor facilidad en los operados, basta para comprometer ó destruir los resultados de la operacion que de otro modo debian ser indispensablemente los mas satisfactorios. (El traductor español.)

existencia no es problemática ; ¿y si la operacion presenta algunas dificultades , son acaso comparables con sus ventajas ? Restituir la vista á un niño , es sacarlo de un estado de idiotismo é imbecilidad ; es á la vez favorecer el desarrollo de sus órganos y de su inteligencia. Cuando se aguarda à la edad de la razon , los ojos adquieren casi siempre la costumbre de una multitud de movimientos caprichosos é irregulares ; la retina sufre la ley comun à todos los tejidos que enferman con la inaccion , su sensibilidad disminuye de dia en dia , y los enfermos solo imperfectamente pueden disfrutar de los beneficios de la operacion. (*Saunders.*)

Operacion por estraccion.

Consiste esta operacion en cortar la córnea transparente , y abrir la cristalóydes anterior para permitir la salida del cristalino por entre la pupila. Dos son los instrumentos generalmente suficientes para practicarla. 1º Un bisturí para cortar la córnea : 2º Un cystotomo para abrir la cápsula cristalina.

No están acordes los operadores sobre la mejor forma que debe darse al bisturí ; unos prefieren el cuchillo de *Wenzell* , otros el de *Richter* ó de *Beer*. La oja del cuchillo de *Wenzell* es bastante parecida á la de una lanceta , pero es ménos ancha y un tanto mas larga ; uno de sus bordes mas convexos que el otro , es cortante en toda su longitud ; el opuesto solo lo es en una línea y media de su estension contando desde la punta. Esta oja está fija sobre un mango de tres pulgadas y media de largo , de dos líneas y media de espesor , que tiene la forma de un prisma de cuatro caras , cuyos ángulos están algo redondeados. Puede verse en el tratado de la catarata por el *Sr. Wenzell* la figura y descripcion detallada de este instrumento. La oja del cuchillo de *Beer* tiene

la forma de un triángulo ; es un tanto mas larga que la del de *Wenzell*, el dorso de ella sigue en linea recta el eje prolongado del mango ; el filo presenta una linea muy oblicua ; el espesor de la oja aumenta insensiblemente desde la punta hasta el regaton. El cuchillo de *Richter* es triangular como el de *Beer* ; pero el dorso de la oja està ligeramente inclinado sobre el mango, representando el filo ó corte una linea ménos oblicua. El cuchillo de *Beer* es el que à nuestro parecer merece la preferencia. Puede servir para dividir la càpsula cristalina, el cystotomo de *La-Faye*, una aguja à catarata, el pequeño bisturí de *Tenon*, y aun mejor el cystotomo del profesor *Boyer*. Este último instrumento se compone de una pequeña oja convexa en el dorso, concava en el corte, terminando con una raiz cilíndrica montada en un mango que tiene una cucharita en la otra estremidad.

A estos dos instrumentos puede juntarse la pequeña herina de *Wenzell*, unas tijeritas y una pequeña pinza de disección.

Los otros objetos necesarios para la operacion, son una venda rollada para sujetar el gorro del enfermo, otras dos vendas, é hilas.

Sientase el enfermo en una silla que reciba obliquamente la luz por una ventana. Se aplica una bolla de hilas sobre el último ojo que debe operarse se le asegura con una venda, que por una compresion inmediata y ligera mantiene el ojo inmòvil, impidiéndole determinar ningun movimiento simultaneo con aquel por el cual se empieza la operacion. La cabeza del enfermo està apoyada en el pecho de un ayudante inteligente colocado detras. Este ayudante aplica la yema de los dos dedos indice y medio de una de sus manos sobre el borde libre del párpado superior, lo trae al nivel del borde de la órbita, com-

primiendo muy ligeramente el globo del ojo. El operante sentado en frente del enfermo, toma el cuchillo con la mano derecha, si opera sobre el ojo izquierdo, y con la izquierda si opera el derecho; lo toma como una pluma de escribir con los tres primeros dedos doblados en media flección, fijando el pequeño ò auricular apartado sobre el borde esterno de la órbita. Una silla ó taburete sobre el que descansa su pie, le facilita apoyar el codo encima de la rodilla, con el objeto de tener la mano mas segura y ménos vacilante. Con los dos dedos índice y medio de su mano libre, baja el párpado inferior comprimiendo suavemente el globo del ojo el cual igualmente se halla fijado entre los dedos del ayudante y los del operante. Muchos prácticos abandonan este órgano á toda su movilidad, porque infundadamente temen los efectos de una compresión ligera que no puede tener ningun inconveniente, con tal que deje de verificarse luego que la lámina del instrumento ha perforado la córnea. Se lleva perpendicularmente la punta del instrumento por encima de la estremidad del diámetro transversal de la córnea, á una línea y media poco mas ò ménos de la esclerótica; luego que se ha atravesado el espesor de la córnea, se vuelve suavemente el mango del instrumento atrás, y se hace resvalar oblicuamente la oja entre el iris y la córnea; se atraviesa de nuevo esta última membrana, un poco debajo de la estremidad interna de su diámetro transversal á una media línea de la esclerótica; basta en seguida para verificar el corte semicircular de la córnea, continuar empujando el cuchillo abajo y adentro.

Ejecutado el corte de la córnea segun acabamos de esplicar, es oblicuo de arriba á bajo; insiguiendo esta direccion trazada por Wenzell, se precave con mas seguridad la carúncula lacrimonal, el grande ángu-

gulo del ojo y la parte de la nariz, que no con el método que consiste en llevar el instrumento siguiendo el diámetro transversal de la córnea; además no hay que temer que el párpado inferior se introduzca entre los labios de la herida oponiéndose à su reunion. Por desgracia se vé uno obligado á apartarse de la direccion orizòntal, siempre que la salida de la frente es tal que el mango del instrumento habiendo sido llevado adelante, su punta se dirige atrás en disposicion de herir el íris.

Para abrir la càpsula cristalina, se apartan los párpados; se toma el cystotomo como una pluma de escribir, se levanta con el borde obtuso del instrumento el colgajo de la córnea, se dirige la oja por medio de la pupila, y se divide la cristalòydes en su parte inferior. Algunas veces el cristalino luego que la càpsula està abierta se escapa espontaneamente; pero comunmente es preciso obligar su salida ejecutando ligeras compresiones en el ojo con la raiz de la cucharita. Luego que el cristalino ha salido se mira si la pupila està perfectamente negra; à veces deja el cristalino *acompañamientos*, reliquias de mucosidades opacas que es preciso ir à buscar con la cucharita; en algunas ocasiones es útil frotar suavemente el párpado superior para reunir estos restos en el centro de la pupila, y hacer su estraccion mas fácil. Verificada ya la estraccion es preciso examinar de nuevo la pupila; si algunos colgajos de membrana opaca enturviasen todavia su trasparencia, se procura extraerlos con la cucharita; si estas porciones membranosas estan adheridas, se arrancan con una pequeña pinza, se las comprime ligeramente, se quebrantan y se desprenden: en algunos casos son tan consistentes que exigen el empleo de las tijeras. Puede tambien suceder que la obscuridad que se observa en el fondo de la pupila sea efecto de la opacidad de la crista-

loydes posterior; es preciso entonces servirse de las pinzas, de las tijeras y aun algunas veces de una aguja; pero es difícil establecer reglas exactas para esta parte de la operacion, que ecsije la mayor destreza.

En la operacion que acabamos de describir conviene cortar à lo ménos la mitad de la circunferencia de la córnea. Cuando el corte de esta membrana es demasiado estrecho sale el cristalino con dificultad; y las repetidas compresiones que necesariamente deben ejecutarse sobre el globo del ojo para acabar la operacion, pueden ocasionar la salida de una parte del humor vítreo.

Algunas veces durante el corte de la córnea, el iris se presenta debajo del filo del instrumento: entonces es preciso pararse un momento; el iris comunmente se retira *motu proprio*; pero si despues de algunos segundos no lo ha verificado, es indispensable à imitacion de *Wenzell* frotar ligeramente la córnea; es raro que esta manobra no produzca el efecto deseado. Esto sucede muy particularmente, cuando una parte del humor aquéo se derrama àntes del corte completo de la córnea, entònces el iris se desprende y se reune debajo del filo del cuchillo. Puede ademas suceder en este caso que la flojedad de la córnea sea tal, que impida concluir el corte de esta membrana con el bisturí: entònces es preciso retirar este instrumento y concluirlo con las tijeras.

Quando se han de operar ambos ojos, se aconseja interrumpir la primera operacion despues del corte de la córnea, practicar enteramente la del segundo ojo, y concluir en seguida por la que se habia empezado. Se dà por razon que el corte de la córnea del segundo ojo puede ocasionar vómitos, náuseas, ú otros movimientos involuntarios durante los cuales el ojo del que se ha estraído el cristalino, po-

dria vaciarse enteramente. Pero estos acontecimientos deben ser sumamente raros; no los hemos observado en ninguno de los numerosos enfermos que hemos visto operar por el Sr. profesor Roux, que acaba constantemente la primera operacion antes de pasar á la segunda.

La extraccion del cristalino presenta en ciertos casos dificultades particulares: una de las principales proviene de la adherencia de la cristaloydes anterior á la pequeña circunferencia del iris; complicacion que se conoce desde luego por la inmovilidad completa ó parcial de la pupila. Cuando esta adherencia impide la salida del cristalino, es preciso destruirla con una aguja *en forma de lanceta* que se introduce circularmente detras de la pupila.

Concluida la operacion, se aplica una venda encima de los ojos del enfermo, se le acuesta en una cama sin almoadas en un aposento obscuro; en una palabra se le sujeta al mismo regimen que despues de la operacion por abatimiento.

Muchos prácticos entre los cuales citaremos el profesor Roux, hacen aplicar un vegigatorio á la nuca el mismo dia de la operacion, para llamar ácia otro punto la irritacion que frecuentemente sufren los ojos; otros al contrario, limitan el empleo de este medio á los únicos casos en que existe sea una rubicundez habitual de las conjuntivas ú otras fluxiones inflamatorias. (1)

Tal es el proceder operatorio que á la vez nos parece mas simple y mas seguro; se vé que dista muy

(1) Si se considerase necesaria la aplicacion de este cáustico á la nuca como derivativo segun lo aconseja Mr. Roux, jamas debe aplicarse como lo hacia este práctico el mismo dia de la operacion; y si algunos ántes, como sabiamente lo previene el autor, pues la excitacion producida por este tópico y el movimiento febril que algunas veces promueve, aumentaria indispensablemente la violencia del estinulo del que el ojo es asiento. (El traductor español.)

poco del de el oculista *Wenzell* á quien debemos las perfecciones mas útiles. No entraremos en ningunos pormenores sobre otros muchos procedimientos enteramente olvidados; tales como los de Daviel, Poyet, Sharp etc.

Hay todavia otro método cuyas ventajas no ha podido acreditar aun la esperiencia, es la *keratoni-
xis* ó mejor la *discision* (1). Esta operacion reducida á su mayor simplicidad, consiste en meter una aguja en el ojo por entre la esclerótica ú la córnea para desgarrar la cápsula cristalina y dividir el cristalino en muchos fragmentos; retirase en seguida el instrumento, abandonando á los vasos absorventes el cuidado de hacer desaparecer todas las partículas opacas. Esta operacion que en Alemania tiene muchos partidarios acaba, según se dice, de ser adoptada por muchos cirujanos ingleses. Nosotros nunca hemos estado al alcance de apreciar sus resultados; creemos que conviene sobre todo á los niños afectados de una catarata congénita. *Saunders* jamas ha practicado otra en los sujetos de esta edad. Se encuentra en su obra sobre las enfermedades de los ojos, publicada por el Sr. Farre, la historia de sus resultados y de su método que consiste en introducir una aguja por medio de la esclerótica. (*The posterior operation*) ó bien por medio de la córnea (*The anterior operation*) para hacer á la cápsula cristalina una abertura permanente. Raramente se vé obligado á dividir el cristalino, que como se sabe está casi siempre atrofiado en la catarata congénita. (2) (*Los traductores franceses*).

(1) Se atribuye á este tercer método de operar la catarata, la ventaja de poderse operar ambos ojos con la mano derecha, pero es circunstancia seguramente de muy poco valor si atendemos á que todo buen operante debe ser ambidestro. (El traductor español.)

(2) Verificada ya la operacion de la catarata por cualesquiera de los

CAPITULO III.

De la pupila artificial

CUANDO publiqué la primera edición de esta obra en 1801, me limité à dar la descripción de un nuevo método operatorio aplicable solo à los casos de constricción de la pupila, efecto de la operacion de la catarata por extraccion ò por abatimiento. No me ocupé de los casos en los cuales hay complicacion de opacidad de la córnea, de la cápsula cristalina, y aun del mismo cristalino. La operacion que yo propuse me parecia sobrepujaba mucho à la de *Cheselden*, de *Janin*, y de *Wenzell*; mas simple y ménos peligrosa

dos métodos en aquellos sujetos que la padecian capsular central, el estrabismo constante y variable que experimentan, les continua aun despues de la operacion: por lo que se hace indispensable buscar en ellos un medio para acostumbrar al globo del ojo à que se les fije; al efecto nada es mas propio que aplicar delante de él, un vidrio negro ó una lámina de cuerno agujereada por su centro con una pequeña abertura paralela al eje del ojo.

Los niños, particularmente en casos de catarata congénita, se les observa despues de la operacion, que sus ojos quedan inmóviles y como entorpecidos, aun cuando la vision esté espedita; esto depende de que los músculos de estos órganos no están acostumbrados à dirigirlos, ni la inteligencia à juzgar de las impresiones, quedando todavia meses enteros sin poderse servir de ellos. Provistos evidentemente de la facultad de ver, obran à tientas como los ciegos, continuando en substituir à los ojos sus brazos.

Estos individuos tienen la necesidad de una educacion que obligue à sus ojos à obrar convenientemente, y al efecto el Sr. Dupuytren se vale del ingenioso método de hacerles atar sus manos atras, de modo que despues de algunas irresoluciones, obligados à fijar mas la atencion para no tropezar contra los objetos, ó bien para hacerse mas capaces de aquellos de que tienen necesidad, se acostumbran estos enfermos à servirse de sus ojos para juzgar las distancias, y reconocer la forma y respectiva situacion de los cuerpos; con este sencillo medio siempre se logra el objeto, acelerando constantemente el ejercicio completo y regular de la vista. (El traductor español.)

que el método inventado por el primero de estos cirujanos, tenía mi operación sobre las de estos últimos la ventaja incontestable de no necesitar la incisión cuyos resultados son con frecuencia funestos, sobre todo en los sujetos irritables, y en los viejos según lo acredita la operación de la catarata por extracción. Pero la esperiencia, supremo juez de todas las teorías, me ha manifestado la insuficiencia de mi método que yo no creía en efecto susceptible sino en un corto número de casos. Me convencí además de que me había engañado en el punto mas importante de la operación, esto es sobre la estabilidad de la abertura que practicaba, desprendiendo el iris del cerco ciliar; esta nueva pupila acababa siempre por perder su forma *oval*, se hacia *filiforme*, y por consiguiente inútil. *Donégana* (1), uno de mis discípulos el mas distinguido, propuso cortar el iris hasta su centro, despues de haberlo desprendido del cerco ciliar; la abertura que se practica insiguendo este ingenioso precepto no es mas oval; tiene la forma de un triangulo cuya base corresponde al cerco ciliar, y la punta se encuentra ácia la parte media del iris. Para ejecutar esta operación del Sr. *Donégana* es preciso tener una aguja de punta encorvada, cuyos bordes sean cortantes como los de una pequeña hoz; se la introduce en el ojo por medio de la esclerótica ó la córnea, y aun algunas veces conviene hacerla atravesar sucesivamente estas dos membranas, en seguida se desprende el iris del cerco ciliar en una cierta estension, y se corta siguiendo uno de sus radios. No se puede ménos que hacer justicia al autor de este método operatorio que sobre todo debe evitar el inconveniente que hemos notado ya anteriormente, quierro decir, la estrechez progresiva de la nueva pupila.

(1) De la pupila artificial. Milan 1809.

¿Pero puede acaso esta operacion inspirar una entera confianza? No es de una difícil ejecucion? ¿Puede ser conveniente à todas las variedades de la enfermedad que nos ocupa, enfermedad susceptible de tan diversas complicaciones?

El íris membrana estensible y delicada, privada de todo punto de apoyo sólido, no puede ofrecer bastante resistencia à los instrumentos para dejarse dividir limpiamente en la direccion y estension necesaria; sobre todo, es difícil ejecutar esta operacion con una aguja curva, que corta mas bien apretando que serrando; y que sólo puede interesar la membrana en el mismo momento en que està pròxima à abandonarla, pues que solo la punta del instrumento es la que puede obrar. La incision que se practica, sumamente limitada, està muy lejos de estenderse à toda la longitud del diámetro del rayo del íris, por consiguiente no puede ser de ninguna utilidad; y si se trata de agrandarla, se concluye por desprender completamente el íris del círculo ciliar.

Flajani dice haber practicado una pupila artificial dividiendo crucialmente el íris por medio de una aguja cortante en sus bordes que habia introducido al traves de la córnea. Esta membrana conservaba, en el caso de que se trata, sin duda toda su transparencia, igualmente que el cristalino y su càpsula. Pero esta operacion tal como la describe el autor, apénas me parece susceptible de ser ejecutada; porque es menester despues de haber introducido la aguja en la càmara anterior y traspasado el íris ácia su parte mas elevada, es preciso digo, para dividir verticalmente esta membrana, llevar la aguja de alto abajo, y retirarla al mismo tiempo del ojo; y en esta maniobra el íris cede inevitablemente à la compresion del instrumento y se inclina adelante, colocándose contra la córnea. ¿Como podrá verificarse en seguida el se-

gundo tiempo de la operacion? El iris y la córnea estan por decirlo asi en contacto; el humor aquëo ha salido casi del todo; debe pues ser muy difícil introducir la aguja en la cámara anterior, y mas difícil aun imprimirle el movimiento necesario para dividir transversalmente el iris.

Adams ha probado inutilmente el hacer renacer la operacion de *Cheselden* abandonada desde mucho tiempo por los mejores cirujanos, con motivo de sus dificultades é inciertos resultados (1). Para ejecutarla emplea un pequeño cuchillo parecido al escalpel de los anatómicos, cortante y algo convexo en su dorso, de una línea de ancho y ocho de largo; dirige este instrumento por medio de la esclerótica ácia al lugar que elije para la introduccion de la aguja en la catarata; corta transversalmente el iris, poco mas ó ménos como lo hacia *Cheselden*; la incision siempre tiene la estension suficiente para poder colocar en la cámara anterior los fragmentos del cristalino y los colgajos de la cápsula, cuando se encuentra catarata y costriccion de la pupila à un mismo tiempo. Sabemos que todos estos cuerpos opacos, depositados en el humor aquëo no tardan en disolverse y desaparecer.

Mas los resultados y la habilidad del célebre oculista ingles, dichas prerogativas de que no puede ser participe todo el mundo, no bastan para imponer basta el punto de disimular los numerosos inconvenientes de su método. No me parece que presenta ménos dificultades el uso de su cuchillo que el de la aguja cortante, en especial siendo la cámara anterior muy estrecha, circunstancia, por desgracia muy comun; tambien es sumamente difícil mover cualquiera de estos instrumentos sin interesar la córnea.

(1) *Practical observacions and, diseases of the eye.*

No veo tampoco que mediante esta semejanza haya la menor diferencia entre una aguja gruesa cortante y un cuchillo del mismo tamaño. Asi es que el mismo Sr. Adams conviene en que un solo golpe de bisturí no es siempre suficiente para dividir convenientemente el iris, sobre el que es preciso volver á aplicar el instrumento dos ó tres veces (1); ¿por que pues esta maniobra no puede presentar grandes dificultades? ¿Como volver á dar en la primera incision, si el enfermo es indocil y si el ojo se enturbia durante la repetición de todos estos movimientos? El mismo autor asegura que la nueva pupila vuelve à cerrarse y se hace inutil siempre que la incision no se estienda à dos tercios à lo menos del gran diámetro del iris, pero tal es la flojedad y estension de esta membrana privada de todo punto de apoyo sólido, que es imposible algunas veces poderla dividir sino en una estension muy limitada, y aun en ciertas ocasiones la abertura que se practica se reduce à dos punturas separadas por una especie de *isthmo* (2). Puede sucedr que no se llegue á dividir en el mismo tiempo que el iris la càpsula crystalina, que puede haber perdido su transparencia y haberse condensado à consecuencia de una optalmía interna. Por poco que el iris, molestado por el instrumento, se desprenda del circulo ciliar durante las primeras tentativas, es indispensable pararse y aun renunciar enteramente à la operacion, pues esta membrana se desprenderia toda entera àntes que dejarse dividir (3). Esta separacion seguramen-

(1) Loc. cit. pag. 56. With the improved knife I now use with cuts à Sharp as a lancet I have very seldom succeeded by the first incision, but have repeated it in the manner already described until the aperture in the iris is of proper size.

(2) Loc. cit. case VI.

(3) Loc. cit for if this should once occur it will be impossible to effect a central aperture afterwards: the separation of the iris being increased by every further effort to accomplish the former object. pag 57.

te sucedería con mas frecuencia aun, si como lo propone el autor, se llevase el instrumento de arriba abajo para dividir verticalmente el iris cerca de su grande circunferencia; operacion que parece fácil, y que sin embargo no deja de presentar las mayores dificultades. Con respecto à la estabilidad de la abertura producida por una simple division transversal del iris, es un punto sobre el que parece tener el autor algunas dudas, pues que aconseja introducir entre los labios de la herida algunos fragmentos del cristalino ò de su cápsula, para precaver la constriccion y tal vez la obliteracion de la pupila artificial. La presencia de estos cuerpos estraños no puede, por otra parte, formar ningun obstáculo permanente en la vista pues que no tardan en disolverse y desaparecer en el humor aquëo (1). Estoy convencido que la operacion descrita por el Sr. *Adams* es mucho ménos difícil de practicar en los casos de constriccion de la pupila consiguiente à la procedencia del iris; entònces esta membrana encallada en una abertura de la córnea, se halla en un estado de tension permanente, y debe ofrecer bastante resistencia para dejarse dividir sin escurrir debajo del instrumento; quizas tambien en este caso, la abertura producida por un simple corte transversal del iris es mucho ménos susceptible de constreñirse, pues que uno de sus bordes se halla fijo por las adherencias que ha contraido. Lo que me corrobora en esta opinion es, que la mitad poco mas ò ménos de los enfermos en quienes *Adams* ha practicado con exito la operacion de la pupila artificial, habian tenido una procedencia de iris.

Nadie como yo desea que el arte se enriquezca con

(1) Es asi que este método tampoco tiene lugar siempre que la oclusion del iris fuese consecuencia de la operacion de la catarata. (El traductor español.)

un medio que permita practicar la operacion de la pupila artificial sin ser necesario recurrir à la incision de la córnea (1), incision que atendida la estension que es indispensable darle, puede tener funestas consecuencias. En un sin número de ocasiones he procurado sustraherme à esta necesidad; pero las esperiencias que he hecho, de acuerdo en este punto con el razonamiento, solo han servido para convencerme de que una membrana tan delicada como el íris que disfruta de una estensibilidad, cuyos efectos no puede limitar ninguna resistencia exterior, tal membrana, digo, no puede dividirse seguramente sino con tijeras, no conociendo otro instrumento por cuyo medio se pueda siempre dar à la incision la direccion y estension convenientes. Ademas la experiencia enseña que el único medio de obtener una abertura *permanente*, consiste en llevarse un pequeño colgajo triàngular del íris. Semejante operacion no puede evidentemente practicarse sino con tijeras, y necesita la incision de la córnea; pero solo debe darse à esta incision la estension tan pequeña como sea posible.

De todas estas màximas que me parecen fundamentales, proceden los verdaderos principios de la operacion de la pupila artificial, y el conocimiento de las indicaciones que conviene satisfacer para asegurar el feliz éxito.

Hemos visto que era indispensable echar mano de tijeras para dividir el íris, pues el corte de la córnea evidentemente precisa al empleo de este instrumento; pero esta division de tan poca estension como posible sea, debe tener poco mas ò ménos las dimensiones que se le dà en la operacion de la catarata por extraccion. Tambien es preciso procurar

(1) Bibliotheque Britanique.

dividir el iris sin desprenderlo del círculo ciliar, y cortar à espensas de esta membrana un pequeño colgajo triangular que corresponda à su parte céntrica, con el objeto que la nueva pupila se halle bastante apartada del círculo ciliar, y no sirva este cuerpo opaco de obstáculo à la vista.

Segun estos principios, cuya exactitud me parece incontestable, es fácil apreciar en su justo valor todos los métodos operatorios que se han propuesto hasta hoy dia para el establecimiento de una pupila artificial. Los mas celebrados son los de *Janin*, de *Wenzell*, de *Beer*, de *Gibson* y de *Maunoir*.

Janin divide la córnea trasparente, como si practicase la operacion de la catarata por extraccion; en seguida introduce en la cámara anterior las pequeñas tijeras curvas à favor de las cuales perfora y divide verticalmente el iris àcia su parte céntrica.

Wenzell à beneficio de un bisturí, divide con un solo golpe la córnea trasparente y el iris, cortando en seguida con las tijeras un pequeño colgajo de la segunda de estas membranas; para lograr una abertura que no sea susceptible de obliterarse.

Beer despues de haber dividido la córnea trasparente coje el iris por medio de una pequeña herina entre los labios de la herida, y corta una pequeña porcion.

Gibson quiere que se comprima ligeramente el ojo despues de la division de la córnea, para que el iris se meta entre los bordes de la herida, y que se corte en seguida toda la porcion de esta membrana que sobresale al exterior.

Todos estos métodos tienen el inconveniente de hacer una enorme incision en la cornea; incision à la que es menester atribuir los molestos accidentes que muy amenudo suceden; ya en la operacion

de la pupila artificial, ya en la de la catarata, tales como la optalmía esterna é interna, la procidencia del iris y la mortificacion de la córnea. El corte vertical del iris tal como lo practica *Janin*; no es mas seguro en sus resultados que la operacion que consiste en desprender el iris del circulo ciliar, en ambos casos la nueva pupila con el tiempo cambia de forma, haciéndose filiforme. Para evitar este inconveniente es sin duda por lo que *Wenzell*, *Beer* y *Gibson* han creido deber cortar una pequeña porcion del iris; pero los estirones que ejecutan en esta membrana, y la compresion del globo del ojo, tal como lo indica *Gibson*, ¿no deben en muchísimos casos acarrear funestas consecuencias? Otro inconveniente comun à todos estos métodos, es que la nueva pupila corresponde indispensablemente à la cicatriz de la córnea, cicatriz que no siempre está libre de cierto grado de opacidad. En cuanto à la operacion de *Gibson* no es practicable siempre que el iris haya contraido alguna adherencia con la córnea trasparente; tampoco lo es cuando la primera de estas membranas adhiere à la càpsula cristalina, circunstancia que no es rara. Cualquiera que sean las compresiones que se ejecuten en el globo del ojo, es entonces imposible hacer sobresalir el iris entre los labios de la herida para cortar una porcion de él.

Maunoir de Ginebra célebre profesor de anatomía y hábil cirujano; (1) à mi entender, es el único que ha penetrado los verdaderos principios de la operacion de la pupila artificial; manifestando al mismo tiempo el medio de llenar todas las indicaciones que pueden asegurar el buen resultado cualquiera que

(1) Memorias sobre la organizacion del iris y la operacion de la pupila artificial. Paris 1802.

sea el grado, la forma, y las complicaciones de la enfermedad que necesite de esta operacion. Este hábil oculista para ejecutarla hizo construir dos tijeras (1) de una finura tal que no habian aun entrado otras iguales en la armeria quirúrgica. Las ojas estan algo inclinadas àcia el mango; la superior, destinada à resvalar entre el iris y la córnea, acaba por un pequeño boton; la inferior que debe atravesar el iris, y cortar la superficie posterior de esta membrana, està acerada como una lanceta. El volúmen de estas dos ojas no escede al de una pequeña sonda ordinaria. El Sr. *Maunoir* ejecuta del modo siguiente la operacion que él ha inventado, y de la que se han hecho en este hospital ensayos los mas satisfactorios. El enfermo se coloca horizontalmente, la cabeza algo elevada; esta posicion no es ménos cómoda para la operacion de la pupila artificial que para la de la catarata por estraccion. Si la córnea conserva toda su transparencia, si alguna operacion de la catarata no ha dejado algunas cicatrices opacas en esta membrana, se la corta en su parte inferior, ò por sus lados si parece mas fácil; pero no se dá á esta division sino la mitad ménos de estension de la que se practica para la estraccion del cristalino. Por medio de esta abertura, se conducen las tijeras cuyas ojas cerradas siguen el diámetro transversal del iris, hasta que su punta toque la grande circunferencia de esta membrana; entónces las abre con precaucion, dandoles un movimiento tal, que la oja inferior atraviese el iris, y corte su superficie posterior, en el interin que la oja abotonada resvala delante de esta membrana hasta la union de la esclerótica con la córnea; se cierra en seguida el instrumento

(1) Lám. 2. fig. 8. y 9.

cuyas ojas no pueden aproximarse sin dividir transversalmente el iris. Es preciso cuidar que este corte pase por el centro mismo de la membrana. Hecho ya esto, se apresura à practicar una segunda incision que caiga à el àngulo agudo de la primera, y circunscriba con ella un pequeño colgajo triangular del iris (1), colgajo, cuyo vértice debe corresponder á la parte media de esta membrana, y la base à su circunferencia. Dejase en seguida descansar el ojo por espacio de algunos minutos, para permitir la renovacion del humor aquëo; entònces, à no ser que haya opacidad del cristalino ò de su càpsula, el enfermo distingue perfectamente los objetos exteriores. Cinco ó seis dias despues, el vértice del colgajillo triangular del iris se retira ácia su base, y deja en el centro de esta membrana una pupila artificial que tiene la forma de un paralelogramo; cuando la retracion del pequeño colgajo no se ha verificado completamente, tiene esta abertura la forma de una semiluna, cuyo borde convexo corresponde à la circunferencia del iris. Pero sea cual fuere la figura de la nueva pupila, su estension basta en todos los casos para el restablecimiento de la vista.

Està manifestado que el método del cirujano de Ginebra, sobrepuja en mucho à todos los demas que hemos examinado; el corte de la còrnea, primer tiempo de la operacion, obtiene el objeto sin abusar de él, pues solo tiene la mitad de las dimensiones del que se práctica para la estraccion del cristalino. Esta modificacion abrevia y facilita la operacion, acelera la curacion llevando tras si una cicatriz ménos estensa, ventajas cuya importancia no se pueden disputar. A beneficio de las tijeras se ejecuta el doble corte del iris en todos los casos con tanta prontitud co-

(1) Lam. 1. fig. 3.

mo seguridad; y la flojedad de la córnea que es consiguiente á la salida del humor aquëo, jamas puede servir de obstáculo á la accion del instrumento, cuya oja superior resvala á espensas del boton con que termina. El iris no experimenta ninguna dislaceracion, ningun estiron y sea cualquiera su flojedad y estensibilidad, el operante lo divide siempre facilmente con el auxilio de un instrumento cuyo punto de apoyo está consigo mismo: no experimenta ninguna pérdida de sustancia; el derrame de sangre, es insignificante si se compara con el que sigue á la separacion del iris del ligamento ciliar, ó al corte de un colgajo de esta membrana.

La operacion de Maunoir se aplica con igual ventaja à todos los casos que necesitan del establecimiento de una pupila artificial. Uno hay en especial con el que se llenan perfectamente todas las indicaciones; quiero decir el de la opacidad parcial de la córnea, que encubre algunas veces la pupila natural é impide el que lleguen los rayos luminosos al fondo del ojo, afeccion que no admite otro método curativo que la formacion de una pupila nueva sobre un punto del iris correspondiente à una parte diáfana de la córnea. Es ademas preciso que esta abertura esté bastante distante del cuerpo ciliar, para que este cuerpo opaco no puede servir de obstáculo á la entrada de la luz. Finalmente el corte triangular del iris cuya figura puede compararse à la de una V, tiene por última ventaja la de producir una abertura *ancha y permanente*.

No es raro ver complicada la constriccion de la pupila con la opacidad parcial de la córnea. Esta complicacion no puede ocasionar grandes cambios à la ejecucion de la operacion que acabamos de describir; puede à lo mas obligar al operante à variar la direccion y el lugar de la incision de la córnea, de ma-

nera que la abertura artificial del iris no corresponda ni à la cicatriz; ni à los otros puntos opacos de la córnea. Asi cuando una mancha corresponde à la parte interna de esta membrana es preciso cortar el segmento inferior un poco por encima de la *carúncula*, y abrir una nueva pupila àcia el temporal, cortando el iris quanto sea posible siguiendo su diámetro transversal. Si el operante obligado à ejecutar esta operacion en el ojo izquierdo no es ambidextro, se colocará lateralmente ó detrás de la cabeza del enfermo, quando no habrá mas iris para dividir. Si la mancha ocupa el segmento esterno de la córnea, inmediatamente debajo de ella, es donde debe practicarse la incision, para abrir la nueva pupila del lado de la nariz sobre un punto correspondiente al eje transversal del iris. Siempre es en el lugar opaco donde conviene cortar la córnea, pues que la experiencia acredita que esta alteracion orgánica, no impide ni la reunion de la herida, ni el establecimiento de una cicatriz sólida. Otra regla no ménos importante, pero relativa à el corte del iris, consiste en no aproximarse demasiado al círculo ciliar, cuerpo opaco que podria interrumpir mas ó ménos la marcha de la luz.

Todos los que conocen la anatomia del ojo, saben que el cuerpo y los procesos ciliares se prolongan desde el círculo del nombre mismo hasta la càpsula cristalina, y forman asi detras del iris un anillo circular cuya latitud puede igualar à la cuarta del radio de esta membrana. Resulta de esta colocacion que toda pupila artificial, que no corresponda lo ménos en una parte de su estension à la càpsula cristalina, no puede de ninguna manera servir à la vision; tales son todas las que se practican demasiado cerca de la grande circunferencia del iris, y de su círculo ciliar. No pretendo que esta regla deje

de tener sus escepciones. El Sr. Demours refiere un hecho que parece deponer contra ella, y se encuentran otros iguales en otros autores; ¿pero una operacion no puede acaso salir bien à pesar de sus imperfecciones? ¿Un éxito que conduce una dichosa combinacion de circunstancias, puede justificar un método esencialmente vicioso? En todos los casos importa apartarse de la grande circunferencia del iris en la operacion de la pupila artificial; pues ¿que obstáculos no ocasionaria à la union de un órgano vascular y denso como el cuerpo ciliar susceptible de hincharse y de una especie de ereccion? Añádese que es imposible alcanzar y cortar la mas pequeña parte de este cuerpo opaco, encubierto por el iris ó por la sangre que mana de esta membrana, despues de la formacion de la nueva pupila.

Hemos dicho que la constriccion de la pupila procedia algunas veces de la especie de estiron que el iris experimentaba, cuando contraia adherencias con un punto de la córnea; es un efecto comun à la enfermedad conocida bajo el nombre de *prociencia del iris*, verdadera hernia de esta membrana que se implanta en una abertura de la córnea. Esta enfermedad comunmente està complicada de catarata ò de opacidad parcial de la córnea; otras veces sin embargo todas estas partes conservan su transparencia. Ocupémonos desde luego en este último caso, en el cual no hay à la verdad obliteracion de la pupila, y si solo desvio de esta abertura que pierde su forma, se angosta, y se hace incapaz para admitir la cantidad de luz indispensable al ejercicio de la vision.

Para corregir este vicio accidental de conformacion no hay otro instrumento mas adecuado que las tijeras de Maunoir; pero es preciso que ambas ojos terminen en un botoncito. Se empieza por cortar la córnea, segun las reglas que indicamos anterior-

mente; se introducen en seguida las tijeras cerradas en la cámara anterior para desprender el iris de la córnea. La separacion de estas dos membranas comunmente permite á la pupila volver à tomar en seguida su situacion y sus dimensiones naturales. Pero este proceder no es tan aplicable à los casos en que las adherencias del iris y de la córnea ofrecen una resistencia muy grande; entonces es preciso pasar una de las hojas del instrumento por dentro de la pupila, y resvalarla detras del iris, hasta que la punta llegue à la grande circunferencia de esta membrana; al mismo tiempo se dà à la otra oja situada en la cámara anterior, un movimiento analogo, practicando en el iris una incision en fôrma de V, sin interesar ni el cristalino ni su càpsula, que conservan su diafanidad (1). Algunos operadores cuya exactitud iguala à la destreza, aseguran, que una simple incision, llena perfectamente en este caso el fin que uno se propone, esto es restituir à la pupila las dimensiones indispensables al ejercicio de la vision; solo es preciso que esta incision caiga en contorno de la misma pupila.

Adams en el caso de que se trata, propone que se desprenda el iris de la córnea y se atraiga la pupila àcia un punto diáfano de la última de estas membranas. Su ejecucion consiste en hacer una abertura en la córnea à una linea de distancia poco mas ó menos del paraje al cual se adhiere el iris, romper esta adherencia, y promover una nueva procidencia del iris, atrayendo esta membrana àcia la pequena herida que se ha practicado en la córnea: algunas veces se sirve de unas pequenas pínzas para verificar esta maniobra. Dejo á los prácticos el cuidado de determinar à cual de

(1) Este procedimiento operatorio es igualmente aplicable en los casos de constriccion de la pupila que no estén complicados ni de procidencia del iris, ni de opacidad del cristalino ó de su membrana.

Los dos métodos que acabo de describir se debe dar la preferencia. Pero yo me inclino á creer que una doble prociencia del iris sobre el mismo ojo es una afeccion grave, que lejos de mejorar el estado del enfermo no debe producir otro efecto que aumentar la opacidad de la còrnea, y la constriccion de la pupila.

Hasta ahora solo hemos mirado con atencion los casos mas simples de constriccion de la pupila; la hemos considerado libre de toda complicacion para esponer con mas claridad las indicaciones que presentaba esta enfermedad, y los medios de satisfacerlas. Pero no siempre la constriccion de la pupila se manifiesta en este estado de simplicidad; frecuentemente al contrario, se complica con una catarata cristalina ò membranosa; existiendo ademas algunas ocasiones adherencias de la càpsula cristalina à la superficie posterior del iris. Recorramos sucesivamente todas estas complicaciones, é indiquemos las modificaciones que cada una de ellas necesita en el proceder operatorio. Siempre que à la operacion de la catarata, sobrevenga una optalmía interna la càpsula cristalina (supongo que el operante haya tenido la imprevision de no despedazarla ó estraerla) se enturbia, se condensa, y contrahe adherencias con la superficie posterior del iris; y cuando la inflamacion cesa, la pupila estrecha y fruncida no puede ni contraerse ni dilatarse, aun cuando se esponga el ojo à la influencia de la luz, ó se le someta à la accion del extracto de la belladona.

Esta complicacion no siempre es consecutiva à la operacion de la catarata, la optalmía interna sea cualquiera la causa puede producir la opacidad da la càpsula cristalina y la adherencia de esta membrana al iris.

Esta complicacion se conoce por el aspecto que mani-

fiesta la parte de la càpsula cristalina que se descubre por medio de la pupila ; su color es de un blanco amarillento, y parece como fruncida ó atravesada por diferentes lineas; pero à ménos que anteriormente el enfermo no haya sufrido la operacion de la catarata no hay una certeza en saber si esta càpsula solo ha perdido su transparencia, ó si juntamente hay opacidad del cristalino. Esta incertidumbre por fin, no ofrece aqui ningun inconveniente, supuesto que sea cualquiera el estado del cristalino, es indispensable desalojarlo, es preciso abrir una pupila artificial, y destruir ó desprender su càpsula. ¿Privada de su cubierta, como podrá en efecto conservar su situacion y su vitalidad?

Cuando juntamente con la constriccion de la pupila hay opacidad de la càpsula cristalina y adherencia de ella al iris, la operacion no tendrá buen efecto à no ser en aquellos casos en que el enfermo conserva la facultad de distinguir la luz de las tinieblas ; pero inutilmente se intentará desprender la càpsula cristalina, y apartarla del campo de la pupila à beneficio de una aguja de punta recta ò encorvada.

La esperiencia demuestra la insuficiencia é inconvenientes de tal tentativa; pues que la punta de la aguja, cuyos movimientos no dirige la vista, puede meterse en el iris, y entonces es mas fácil desprender esta membrana del círculo ciliar, que romper las adherencias que ha contraído con la càpsula cristalina. Aun quando se consiguiese separar estas dos membranas seria sin embargo imposible terminar la operacion, pues que la estrechez de la pupila no permitiria colocar en la càmara anterior los colgajos de la càpsula cristalina ni los fragmentos del cristalino.

La siguiente operacion, en la circunstancia de que se trata me parece ser la mas pronta en su ejecucion y segura en sus resultados. Se corta la córnea.

en una estension muy pequeña, sea á la parte inferior, sea del lado de la nariz ò ácia el temporal, ó bien en cualquier otro punto en donde la membrana presentase una opacidad parcial. Pero sea cual fuere el lugar que se elija para pràcticar este corte, es preciso evitar en lo posible el empleo de toda especie de *speculum oculi*. Se introducen en la càmara anterior las tijeras de *Maunoir*, se dà á la oja que acaba por un botoncillo el mismo movimiento que en los casos comunes; pero se hunde mas profundamente la otra hoja, à favor de la cual se atraviesa el íris, la càpsula cristalina, y el mismo cristalino. Basta cerrar en seguida el instrumento para dividir con un solo golpe estos tres diferentes tejidos; pero sino fuese suficiente una sola incision, es preciso verificar sin dilacion otra segunda que caiga al àngulo agudo de la primera, de modo que circunscriba un colgajo en figura de una V. Resulta de aqui una abertura ancha que permite distinguir todos los fragmentos opacos del cristalino y su càpsula. ¿Disfrutan acaso de una cierta consistencia? una ligera compresion ejecutada sobre el globo del ojo basta para hacerlos pasar à la càmara anterior, de donde se estrahen como en la operacion de la catarata. Esta estraccion no presenta ninguna dificultad; porque si la abertura de la córnea no tiene bastante estension para admitir la totalidad del cristalino, puede fàcilmente dar paso à los fragmentos de este cuerpo opaco. Si el cristalino al contrario es *blando caseoso*; se buscan sucesivamente todas las porciones por medio de una cucharilla, ó bien con las pinzas agujereadas de *Maunoir* las cuales en nada se diferencian de las pinzas à *pòlipo* sino por su estremada delgadez. Las pinzas de que acabamos de hablar pueden tambien servir para estraer los colgajos de la càpsula cristalina; pero en este caso las puede reemplazar un garfio sumamente fino. Tocante à la

porcion de la càpsula adherente al colgajo triangular del iris, jamàs podrà servir de obstàculo à la vision, pues que será necesariamente arrastrada en el movimiento de retraccion que experimenta este colgajo desde su punta à la base.

El cristalino puede conservar su trasparencia, apesar de la opacidad de su càpsula; entonces será bastante dificil distinguirlo del cuerpo vítreo, circunstancia que complica la operacion y llama toda la atension del operante. Mas cualquiera que sean sus precauciones y destreza, no es raro ver algunos dias despues de la operacion pequeños fragmentos del cristalino y colgajos de su càpsula suspendidos en la càmara posterior del ojo, presentarse al nivel de la nueva pupila; entonces se introduce en el ojo por medio de la escleròtica una aguja à catarata, para desprender todos los destrozos opacos si estàn adheridos al iris, y colocarlos en la càmara anterior; se disolverán en el humor aquèo, y seràn absorvidos con él.

Anteriormente ya hemos insistido sobre las ventajas de aproximarse cuanto fuese posible à la parte céntrica del iris, en la operacion de la pupila artificial; añadiremos ahora que una pupila abierta en este punto es mucho mas favorable à la vista que en cualquier otro, y es muy obvia la razon física. En el centro de la pupila es donde corresponde la mayor convexidad de la córnea; en este punto pues es donde debe recaer el mayor número de rayos luminosos. Asi cuando las circunstancias de la enfermedad no han permitido dar à la nueva pupila esta situacion ventajosa, los enfermos estàn obligados, como despues de la operacion de la catarata, à echar mano de los vidrios convexos. (1) Es ademas preciso que tengan la pre-

(1) Reisinger es el autor de un nuevo método para la operacion de la pupila artificial: aconseja hacer una pequeña abertura en la córnea

caucion de colocar lateralmente el punto céntrico del vidrio en la misma direccion de su pupila.

Nota.

Muy pocas son las operaciones que admitan tan gran numero de métodos como la de la pupila artificial. Por la esposicion critica que acaba de hacer Scarpa puede verse, que no están acordes los autores; ni sobre los principios, ni sobre el manual de la operacion. ¿En que consiste tal divergencia de opiniones? Tal vez sea la multiplicidad de afecciones que pueden obligar à la operacion de la pupila artificial, ó bien en la posibilidad de llegar al mismo fin por medios muy diferentes. Todos los métodos imaginados hasta hoy dia para el establecimiento de una pupila artificial, pueden reducirse à tres principales: 1º al sim-

transparente, para introducir una pequeña herina doble en la cámara anterior, desprender el iris del círculo ciliar en una cierta estension, y atraer esta membrana entre los labios de la herida de la córnea. La adesion de estas dos membranas no tarda à establecerse, oponiéndose à la retraccion del iris, y à la constriccion de la nueva pupila. Aconseja ademas el autor cortar un pequeño colgajo del iris, cuando esta membrana resiste con cierta fuerza al extendimiento que se le hace experimentar, ó bien si se teme que la córnea no se enturbie en una mayor estension. (Véase mas detalladamente, *el diario de Medicina por el Sr. Leroux 1816.*)

Esta operacion que solo consiste en una combinacion de las de Beer y Assalini no tiene aquella simplicidad que caracteriza los procedimientos de un cirujano racional. Todas las modificaciones indicadas por el autor, no pueden convencerme que su método sea aplicable à todos los casos de constriccion de la pupila, y particularmente à los complicados de catarata y adherencia de la cápsula cristalina à la superficie posterior del iris. Hasta que muchos hechos me acrediten lo contrario, difícilmente creeré, y mis dificultades juzgo serán segundadas por todos los sabios en el arte, que pueda impunemente hundirse un garfio en la conjuntiva para fijar el ojo, ostigando el iris con repetidos estirones. ¿ Como es posible que tales maniobras no tengan resultados los mas funestos ?

ple corte perpendicular ó transversal del iris: 2º à la separacion de una pequeña porcion de esta membrana: 3º al simple desprendimiento de su circunferencia. El primer método ò la *corotomia*, para adoptar el language científico de los alemanes, cuenta hoy dia muy pocos partidarios. Inventada por *Cheselden* que la ejecutó muchas veces con exito, no tuvo los mismos resultados entre las sabias manos de *Sharp*. Este pretende que la herida hecha al iris se junta siempre despues de un espacio de tiempo mas ó menos largo. *Janin* y *Guerin* creyeron evitar este inconveniente, el primero dando al corte del iris una direccion perpendicular, el segundo practicando en esta membrana una incision crucial: ambos citan algunos resultados à favor de su método. El Sr. *Maunoir* cree en la organizacion del iris, haber hallado la verdadera causa de los muchos infortunios con que se vitupera à la *corotomia*. Se sabe que este anatómico admite en el iris dos planos musculares; el uno de fibras radiales se estiende desde la grande circunferencia de esta membrana al pequeño círculo ciliar; otro de fibras concéntricas forma el pequeño anillo del iris; nombra al primero haz *dilatador*, y al segundo *contractor*. Dice pues *Maunoir*, que toda incision que recaiga perpendicularmente sobre cualquiera de estos hazes, de ninguna manera volverá à cerrarse, mientras que la practicada siguiendo la direccion de las fibras musculares se juntará casi siempre. Tal es la causa de la diferencia de los resultados obtenidos por *Cheselden* *Sharp* etc. Mas la esplicacion del Sr. *Maunoir* no ha convencido ni à los cirujanos ni à los anatómicos. La mayor parte aun pretenden que no se halla en el iris ninguna fibra muscular distinta. El Sr. *Adams* célebre oculista de Londres se ha declarado el partidario de la *corotomia* cuya ejecucion ha sujetado à nuevas reglas. Sirvese de un pequeño cuchillo cuya oja

muy delgada tiene de longitud tres cuartos de pulgada poco mas ò ménos, media línea de ancho, y termina por una punta muy acerada dispuesta en forma de rodela; mete este instrumento en el ojo por medio de la esclerótica en el parage donde regularmente se introduce la aguja de catarata: el corte de la oja debe estar vuelto atrás. Luego que ha atravesado la esclerótica, la choróyde y la retina, atraviesa el íris de atrás adelante cerca de su grande circunferencia, para penetrar en la cámara anterior; despues con el corte de la oja que se encuentra entónces aplicada en la superficie anterior del íris, divide esta membrana poco mas ò ménos en toda la estension de su diámetro transversal; los bordes de la division se apartan un poco el uno del otro, y la nueva pupila, bajo la forma de una abertura elíptica, facilita libre paso à los rayos luminosos. Tal es la operacion que dice *Adams* haber practicado con buen exito en una infinidad de casos. Igualmente el profesor *Roux* consiguió buenos resultados en un enfermo, cuya historia refiere en la *Relacion de su viage á Londres*. El segundo método, ó el corte de una porcion de íris, es el que prefiere nuestro ilustre autor. En este punto está perfectamente acorde con *Mounoir* de Ginebra, de cuyo instrumento y método se ha valido. No recordaremos las numerosas reglas à que ha sujetado esta delicada operacion. *Wenzell* el padre, y *Demours* tambien han practicado muchas veces con buen exito el corte de una porcion del íris. El primero lo levantaba con las pinzas, para cortar una porcion con las tijeras; el segundo solo se sirve de estas últimas. *Beer*, de Viena, por mucho tiempo ha practicado el corte de una parte del íris, operacion que llama *carectomia*. Despues de haber dividido la córnea esperaba que el íris se introdujese entre los labios de la herida para separar una porcion con las tijeras de Dabiel. Cuando

las adherencias se oponian á la salida espontánea de esta membrana, la atraia ácia fuera con un pequeño garfio, y separaba una porcion como en el caso precedente: lo restante de la membrana contraia adherencias con los bordes de la herida que impedian se estrechase la abertura artificial. Pero parece que *Beer* abandonó esta operacion, prefiriendo el tercer método, esto es, el desprendimiento del iris. Para practicar esta última operacion, corta la córnea trasparente, y desprende el iris del círculo ciliar en una cierta estension, ya sea con la aguja curva de *Schmid*, ò ya á beneficio de la herina doble de *Reisinger*. Los alemanes han hecho en este instrumento muchas modificaciones; los unos se servian del garfio de *Langenbuk* otros del de *Grufe*. El instrumento que nos parece mas cómodo es el que está compuesto de dos piezas, una fija y otra movible; esta que termina por una doble herina, resvala longitudinalmente sobre la primera, de modo que las dos pequeñas puntas se hallan escondidas al momento mismo del tránsito del instrumento debajo del colgajo de la córnea. Los alemanes han descrito con el nombre de *corodialisis* á este tercer método que parece han adoptado exclusivamente. Se vé que su método operatorio dista mucho del que habia propuesto *Scarpa* en las primeras ediciones de su obra. Era entónces este autor partidario de la *corodialisis*, y la practicaba con una aguja de catarata que metia en el ojo por medio de la esclerótica. Ensayos desgraciados le hicieron abandonar este método.

La operacion de la pupila artificial no ha sido bastante practicada para que se pueda exactamente decidir sobre los resultados de cada método; todos tienen sus ventajas é inconvenientes, y ninguno hay á favor del cual no puedan citarse resultados. Y puede ser, segun dice el profesor *Roux* (*Relacion de un viage á Londres*) que fuese preferible el tratar de adoptar ca-

da uno de estos métodos à las principales circunstancias en que se practica la operacion de la pupila artificial, que no el hacer prevalecer uno de ellos sobre los otros. (1) (*Los traductores franceses.*)

CAPITULO IV.

Del Estafiloma.

LLAMASE *Estafiloma* una enfermedad que destruye la transparencia de la còrnea, manifestándose en la superficie anterior del ojo, bajo la forma de un tumor oblongo que acaba por prolongarse entre los párpados. Este tumor algunas veces blanco otras de color de perla, ya liso, ya abollado priva completamente al enfermo de la facultad de ver.

No es el estafiloma raro en los niños particularmente en aquellos que poco tiempo despues de su nacimiento son atacados de una *optalmia purulenta*. Esta misma enfermedad es frecuentemente el resultado de la viruela; pero cosa singular, jamas sobreviene à la época de la erupcion, ni interin se verifica la supuracion de las pústulas, y si, sucede siempre durante el período de la desecacion, ò aun despues de la caida de las costras variolosas.

En los mas de los sujetos el estafiloma llegado à un cierto volùmen se constituye estacionario, ò solo

(1) La anterior nota, aunque exactamente extractada del ilustre Sabatier nada sin embargo nos añade de particular à lo que ya tiene manifestado el sabio Scarpa sobre los diferentes procederes à que está sujeta la operacion de la pupila artificial, cuyas reglas, no obstante por absolutas que parezcan las circunstancias que acompañan y complican las enfermedades por las que se ejecuta, precisamente ocasionan grandes modificaciones en la práctica de ella. De cualquier modo, y en cualquiera circunstancia que se opere, el plan curativo del enfermo debe ser igual al de la operacion de la catarata. (El traductor Español.)

crece en la misma proporcion que el órgano al cual pertenece; otras veces al contrario hay tal desproporcion entre el aumento del tumor y el del globo del ojo, que el primero se prolonga por entre los párpados y se manifiesta al exterior bajo la forma de un tumor diforme escesivamente doloroso. (1) No sin razon el estafiloma es considerado como una de las enfermedades mas graves á que el globo del ojo está espuesto. La pérdida de la vista es inevitable y triste consecuencia de él; ademas que otros accidentes concurren á empeorar el estado del enfermo, cuando el tumor demasiado voluminoso se hace saliente entre los párpados. Entònces la continua accion del ayre y los corpúsculos estraños que contiene, la frotacion de las pestañas, el continuo derrame de lágrimas en la mejilla, producen la inflamacion del ojo y de sus partes vecinas, inflamacion que simpaticamente se comunica al ojo sano, formándose al mismo tiempo úlceras en él, en el párpado inferior, y en la mejilla.

Por mucho tiempo han creido los cirujanos que la causa primera del estafiloma era una especie de turgencia de los humores del ojo, à la misma que

(1) Recientemente he tenido ocasion de observar una afeccion particular de la córnea ignorando si era un estafiloma ó bien una enfermedad de otro genero. En una Sra. de 35 años, cuyos ojos eran naturalmente prominentes, el centro de la córnea estaba de tal modo dilatado que esta membrana en vez de formar un segmento esférico, encajado en la esclerótica, se presentaba bajo la forma de un cono terminado por un punto saliente. Esta afeccion comun á ambos ojos, no ofrecia causa ninguna conocida; la córnea mirada á la lado parecia un embudo diáfano unido por su base á la esclerótica. En algunas posiciones del ojo la punta del cono se manifestaba ménos trasparente que su base; en otras la diferencia no era sensible. En fin esta ligera opacidad, fuese ilusoria ó real no ocasionaba ningun obstaculo á la vista. Cuando la enferma volvia los ojos ácia una ventana, el vértice del cono reflejaba la luz con tal fuerza que se manifestaba bajo la forma de un punto resplandeciente. Este fenómeno acompañado siempre de constriccion de la pupila, no admitia la cantidad de luz necesaria á la vision. La enferma solo veia con claridad los objetos moderadamente iluminados.

atribuian la dilatacion de la córnea, dilatacion igual à la que experimenta el peritoneo por parte de las vísceras contenidas en el abdomen cuando se forma una hernia abdominal. Richter (1), combatiendo esta teoria advierte juiciosamente que con frecuencia el estafiloma se manifiesta sin haberle precedido ninguna disminucion en la resistencia y elasticidad de la córnea, que esta membrana adquiere un espesor mayor del que le es natural, y que el tumor léjos de ser concavo es al contrario sólido todo él: circunstancia que solo probaria que el estafiloma no tiene el origen que se le señala, y no procede ni de la dilatacion ni del adelgazamiento de la córnea.

Pero sea la que quiera la autoridad de Richter, à quien me complazco en tributarle los justos elogios de que es merecedor por sus distinguidos trabajos en todos los ramos de la ciencia de curar, no puedo dejar de decir, que si este célebre autor ha sabido determinar la naturaleza y verdadero origen del *estafiloma*, se le puede por lo mismo vituperar el generalizar demasiado su doctrina, no admitiendo ninguna diferencia entre el estafiloma reciente de los niños, y el que en los adultos ha hecho bastantes progresos, interponiéndose entre los párpados. Convengo con Richter, que el estafiloma reciente de los niños, enteramente sólido, existe siempre en union con la condensacion de la córnea; pero un hecho que no es ménos cierto y cuya realidad he tenido ocasion mil veces de probar, es que el mismo tumor, que en el principio era saliente en todas sus superficies, presentava con el tiempo otra figura. Examínese en un adulto un estafiloma antiguo y voluminosa que se hace prominente entre los párpados, y se hallará frecuentemente la córnea mas delgada, y nunca mas densa que

(1) Observ. Chirurgi. fascicul. 2.

en el estado natural; el tumor presenta una concavidad posterior que contiene el iris y el cristalino; muy amenudo seguidos de una porcion del humor vítreo. Estas partes son las que dan al estafiloma antiguo la apariencia de una solidez que verdaderamente le es agena.

La córnea de los niños, considerada en estado sano, es proporcionalmente dos veces mas densa y pulposa que la de los adultos; siendo tambien la cámara anterior de tal manera estrecha en los primeros que el iris y la córnea parecen tocarse. Si se quiere conocer hasta que punto la córnea de los niños es blanda y escasa de jugos, despréndase esta membrana en un cadáver comprimásela entre los dedos, y se le hará perder à lo ménos la mitad de su volumen lo que jamas se verifica en los adultos. Otro fenómeno esclusivamente propio à la córnea de los niños se observa en las inyecciones finas de la cabeza. Siempre que la materia inyectada se estravena abundantemente en las cavidades del ojo, la córnea cede, se estiende, y se hace proeminente entre los párpados. A este estado de blandura y pulposidad de la córnea de los niños es al que se debe atribuir los perniciosos efectos de la metástasis variolosa, ò de la optalmía puriforme. Es sabido que estas enfermedades determinan frecuentemente la infiltracion de una materia espesa y viscosa entre las ojas de la córnea; entònces esta membrana pierde su transparencia, se desentunece, y degenera en un tumor de figura cònica blancuecino, ò color de perla, que toca atrás ó aun se adhiere al iris, membrana generalmente poco distante de la córnea en los niños. Sin embargo el tiempo dà otra forma à esta enfermedad. A medida que el ojo participa del desarrollo general de los órganos, el iris y el cristalino abandonan su posicion natural, y parece que ceden à una fuerza que los empuja de atrás

adelante. Tal vez debe atribuirse en parte este estravio à una especie de dilatacion del cuerpo vitreo que en la enfermedad de que se trata presenta siempre mas volúmen y fluidez que en el estado natural. Sea lo que quiera, si la córnea no ofrece bastante solidez para resistir à la presion continua del iris y del cristalino, esta membrana cede insensiblemente, se prolonga adelante, y se manifiesta de la otra parte de los párpados bajo la forma de un tumor de paredes tanto mas delgadas cuanto es mas voluminoso. segun mi propia esperiencia, siempre es desde la primera infancia en que debe contarse la aparicion de aquellos estafilomas enormes que se ven en los adultos hacerse prominentes de la otra parte de los párpados. Otro hecho que prueba à la vez la observacion clínica y la diseccion de los cadáveres es, que el espesor y densidad de la córnea son siempre tanto menores, quanto la enfermedad es mas antigua. En los estafilomas antiguos y muy prominentes de los párpados se vé claramente por medio de la córnea, el iris contenido en el tumor: y si esta última membrana no es igualmente visible en todos los puntos, es con motivo de un velo mas ó ménos opaco que forma en la superficie del estafiloma la conjuntiva obstruida y varicosa. Este estado de la conjuntiva puede imponer hasta el punto de hacer creer, que la córnea se espesa à medida que el estafiloma aumenta, suposicion cuya inexactitud demuestra un exàmen el mas atento. La córnea verdaderamente debilitada solo encuentra un apoyo en la conjuntiva mas densa y mas espesa. Se puede admirar en esto la prevision de la naturaleza, que se la vé por otra parte desenvolver los mismos recursos en una multitud de otros casos, para sustraer de la accion nociva de agentes exteriores los órganos accidentalmente desprovistos de sus cubiertas naturales. Si en el mas alto grado de la en-

fermedad de que tratamos, la córnea lejos de estar adelgazada segun la comun opinion, estuviere por el contrario mas espesa y mas densa que en el estado natural; como este fenomeno se hubiera ocultado á tantos hombres observadores tan exactos como hábiles cirujanos, que en todos tiempos han debido encontrar estafilomas los mas voluminosos y mas antiguos? Recorranse sus obras, y se verá que todos aquellos que tratan de la ligadura del estafiloma, insisten sobre la necesidad de no apretar fuertemente el tumor para evitar que el hilo opere inmediatamente la seccion de la córnea, siempre muy delgada, cuando la enfermedad es antigua. *Gunzius* (1) dice haber sido testigo de este accidente.

Se vé por lo que precede, que la doctrina de *Richter* no puede aplicarse indistintamente á todos los casos. Este autor, en efecto, solo ha definido bien el *estafiloma* reciente de los niños; pero no ha conocido los cambios que versan principalmente sobre el espesor de la córnea.

Algunos cirujanos describen, bajo el nombre de *estafiloma* una afección de la esclerótica, que consiste en un estendimiento parcial, una especie de levantamiento que experimenta un punto del emisferio anterior de esta membrana; otros ponen en duda la existencia de esta enfermedad. Por lo que toca á mi jamas he visto *estafiloma* en la parte de la esclerótica que constituye el blanco del ojo, pero si, cosa á la verdad que parece estraña, dos veces lo he visto en el cadáver, el emisferio posterior de esta membrana acometido de una igual degeneracion. No son tal vez estos hechos los únicos de este género; pero ningun autor que yo sepa los refiere iguales. Observé el primero de estos casos en el cadáver de una

(1) *De estafiloma dissert.* (véanse las disertaciones quirurgica. de Haller.)

muger de 40 años à la que quité el ojo para sujetarlo à indagaciones particulares à la enfermedad de que se trata. Este ojo presentaba una figura oval (1), y mas volùmen que el sano; se veia en el emisferio posterior de la escleròtica, por fuera del nervio óptico, un tumor oblongo del tamaño de una nuez pequeña (2). La còrnea y los humores del ojo conservaban toda su transparencia, y facilitaban ver ácia el fondo del òrgano una claridad brillante devida al paso de la luz por medio de la escleròtica adelgazada en el lugar ocupado por el tumor. Puesto despues el emisferio posterior del ojo en el espíritu de vino mezclado con algunas gotas de ácido nítrico, para dar à la retina mas consistencia y opacidad, observé distintamente que esta membrana no se prolongaba en la cavidad del estafiloma; que en el mismo punto la choroydes descolorida no presentaba, como en el estado sano, una elegante redcilla de capilares sanguíneos; por último que la escleròtica estaba adelgazada en la punta del tumor hasta el extremo de igualar apénas el espesor de una hoja de papel de escribir. Tuve noticia que la muger de cuyo cadàver hacia estas observaciones, habia ya algunos años antes perdido completamente la facultad de ver del ojo, cuya alteracion morbosa acabo de describir. Este accidente sobrevino durante el curso de una optalmía revelde, y acompañado de violentos dolores de cabeza.

He tenido la ocasion de repetir la misma observacion en un ojo que me envió el Dr. *Monteggia* autor de muchas obras apreciables de medicina y cirugía. Este ojo adquirido casualmente del cadàver de una muger de 35 años, era como el precedente,

(1) Lám. 1. fig. 9.

(2) Lam. 1. fig. d. 2

oblongo y mas voluminoso que su compañero. (1) El estafiloma de que estaba afectado ocupaba el emisferio posterior de la esclerótica, y correspondia à la parte esterna de la entrada del nervio óptico (2); el cuerpo vítreo parecia haberse convertido en agua: la càpsula cristalina estaba llena de un flúido blanquecino y poco consistente; el cristalino amarillento era ménos voluminoso que en el estado natural; la retina no se estendia en la cavidad del tumor que exclusivamente estaba formado por la esclerótica y la coróyde: estas dos membranas eran en este lugar delgadas y permeables à la luz. Ignoro hasta que punto conservaba la enferma, àntes de morir, la facultad de ver con un ojo tan gravemente afectado. El Dr. *Monteggia* no pudo con respecto à esto facilitarme ningun indicio positivo. Merece alguna atencion el que en ambos casos que acabo de referir, el estafiloma de la esclerótica correspondiese al lado esterno de la entrada del nervio óptico. Los observadores llegaran tal vez, à favor de observaciones ulteriores, à determinar los caracteres diagnòsticos de esta especie de estafiloma de la esclerótica, pero me parece dudoso que esté jamás al poder del arte, no digo curar, pero ni siquiera detener los progresos de una afeccion cuya naturaleza y sitio lo constituye inaccesible à todos los medios quirúrgicos.

Pero volvamos al estafiloma de la córnea. No puede haber medio en la curacion de esta afeccion para restablecer la vista; la córnea desorganizada no es susceptible de recuperar su transparencia. La conducta que debe observarse varia segun el periodo y grado de la enfermedad. Es el tumor reciente? Existe en un niño? es indispensable detener sus pro-

(1) Lám. 1. fig. 10

(2) Lám. 1. fig. 10. a

grosos proporcionándole si fuera posible una forma aplanada que desfigure ménos al enfermo. Al contrario, ¿es antiguo y voluminoso? ¿prominente entre los párpados? entónces es preciso que el arte invente el medio de hacerlo volver à entrar en la órbita, reduciendo sus dimensiones de manera, que permita la aplicacion de un ojo artificial.

En casos de estafiloma reciente *Richter*, aconseja establecer una úlcera artificial en la parte mas declive del tumor, para incitar la salida del humor grueso y tenaz que obstruye y enturbia la córnea; el nitrato de plata ó la manteca de antimonio son los cáusticos que prefiere para la formacion y entretenimiento de esta especie de fontículos. El autor asegura haber visto muchas veces esta ligera operacion producir la disminucion del tumor. Uno de sus enfermos à quien la practicò, fué tan dichoso que logró recuperar la vista; no quedaron las menores señales de estafiloma, volviendo à tomar la córnea su transparencia. Confieso que esta curacion en parte me parece un prodigio ò milagro, à el que no pueden compararse las curaciones las mas maravillosas inscrites en las obras sobre las enfermedades de los ojos; añadiendo como circunstancia no ménos estraordinaria, que *Richter* obtuvo el resultado de que se trata en catorce dias. *Ter repetita operatione, quarto scilicet, septimo et decimo die, ne vestigium quidem morbi die decimo quarto supererat* (1).

Muchas veces me ha sucedido aplicar el método de *Richter* para la curacion del estafiloma reciente de los niños. Contaba con una especie de confianza, sobre el buen resultado de esta operacion cuyos principios me parecieron deducidos de un profundo conocimiento de la naturaleza del estafiloma; por otra

(1) Observ. Chirurg. facie 2.º

parte, temia desviarme de las huellas de uno de los cirujanos mas ilustres; sin embargo no he llegado jamas, y à la verdad me impone el triste deber de confesarlo nunca. he llegado repito à obtener ningun resultado comparable al exito que refiere Richter. He asistido à tres niños acometidos de estafiloma resultante de la viruela; uno de ellos solo tenia diez y ocho meses, los otros dos algo mas de tres años; establecí y entretuve, por el espacio de treinta dias consecutivos en la parte mas declive de la córnea, una pequeña úlcera, de lo que no resultò ningun cambio ni en el grado de opacidad de esta membrana, ni en el volumen del tumor. Repetí la misma operacion en un niño de cinco años recientemente acometido de un estafiloma, consiguiente à un violento chémosis; me serví de una lanceta para establecer un pequeño fontículo que entretuve durante cinco semanas à beneficio de una solucion de piedra infernal. El *estafiloma* se abajò ligeramente, y perdiò la especie de punta con que terminaba (1), quedando no obstante opaca la córnea en toda su estension. En otros dos sujetos que poco mas ó ménos se hallaban en iguales circunstancias tuve la paciencia de entretener la simple úlcera cincuenta dias seguidos, sin obtener ninguna disminucion en el volumen del estafiloma que conservaba su color de perla y su figura cónica.

No niego que la operacion de Richter ejecutada por manos hábiles, pueda producir en algunos casos dichosos, sino la recuperacion de la vista, à lo ménos la disminucion ó el abajamiento del estafiloma reciente de los niños. Es preciso antes de decidirse sobre esta cuestion recurrir à nuevas esperiencias, pero es difícil persuadirse que igual plan

(1) La forma cónica del *estafiloma* es una señal característica por el que este tumor se distingue del *leucoma* con opacidad completa de la córnea.

curativo pueda jamas aplicarse, con exito à la curacion del estafiloma antiguo que se vé en los adultos escurrirse entre los párpados, y colgar sobre la mejilla. Que debe esperarse entónces de una úlcera artificial de la córnea, membrana que en este período del estafiloma solo es pulposa y simplemente embutida de un humor viscoso, pero disecada, dura, enormemente estendida y cubierta de una oja callosa formada por la conjuntiva y sus basos varicosos! Algunas ocasiones se ven estos estafilomas antiguos y considerables ulcerarse accidentalmente por el choque de un cuerpo exterior, por la accion de las lágrimas ò por la continua compresion de las partes vecinas; pero en este caso el tumor jamas experimenta disminucion y aun algunas veces, si se dà crédito à los autores, pierde su carácter primitivo y degenera en una carnosidad de mala especie.

Asi es que luego que el estafiloma, llega al término de su desarrollo, haciéndose proeminente entre los párpados, no queda otro partido que tomar, que cortar el tumor; unico medio de hacer desaparecer la deformidad del enfermo. Cuando la herida està cicatrizada, se aplica un ojo artificial.

Veamos como se espresa Celso con respecto à esta operacion (1). *Curatio duplex est. Altera ad ipsas radices per medium transuere acu duo lina ducte; deinde alterius lini duo capita ex superiore parte, alterius ex inferiore adstringere inter se; quæ paulatim secando id excidant. Altera in summa parte ejus ad lenticulæ magnitudinem excindere; deinde spodium aut cadmiam infricare. Utrolibet autem facto, album ovi lana excipiendum et imponendum; posteaque vapore aquæ calidæ fovendus oculus, et lenibus medica-*

(1) De Medicina, lib. 7. cap. 7.

mentis unguendus est. El primer método ò la ligadura del estafiloma, es en nuestros dias una operacion justamente abandonada. La mayor parte de los cirujanos, es verdad pasan comunmente un hilo por medio del tumor, esto no es por apretar fuertemente su base; no tienen otro objeto, recurriendo à esta maniobra harto cruel, que sujetar el globo del ojo à una especie de estiron, que le dà una situacion fija, y facilita el corte del estafiloma. Pero si es verdad, como me propongo demostrar en seguida, que puede conseguirse el mismo objeto à beneficio de un medio mas simple, mas pronto y mucho ménos doloroso, no dudo que los cirujanos entregaràn desde luego à un entero olvido, para la curacion del estafiloma, el empleo de toda ligadura ya sea como fin principal de la operacion, ó ya como simple medio ausiliar.

Con respecto al corte del *estafiloma*, segundo método indicado por *Celso*, no me parece que hasta la actualidad se haya aplicado una suficiente atencion à las espresiones de este autor. En efecto injustamente se le supone que recomienda cortar circularmente el *estafiloma* al nivel de su base, como se practica hoy dia; dice formalmente que este corte solo debe practicarse en el centro del tumor; de lo contrario ¿ como podria solamente llevarse el tamaño de una lenteja? *In summa parte ejus ad lenticulae magnitudinem excindere.* La grande importancia de este precepto de *Celso*, no puede ser apreciado sino por los que repetidas veces han tenido la ocasion de comparar las ventajas del corte parcial, con los graves inconvenientes que subsiguen al corte completo del estafiloma. Esta última operacion comun à los cirujanos modernos adquiere tambien un aumento mayor de gravedad, cuando se adopta la modificacion de *Woolhousse* que quiere se lleve juntamente con la

córnea dañada, un colgajo circular de la esclerótica. Tal desorden produce necesariamente una fuerte inflamacion, violentos dolores de cabeza, insomnios, convulsiones, la supuracion y algunas veces la gangrena del ojo y de los párpados. Lo repito; es un hecho, de que ya no queda duda por observaciones numerosas, que los resultados del corte del estafiloma son tanto mas graves, cuanto mas se acerca à la esclerótica destruyendo la base del tumor.

Pero describamos el método operatorio al que nos ha conducido los principios que acabamos de desenvolver. El enfermo está sentado, y la cabeza fija por un ayudante; el operante toma un cuchillo igual al que sirve para la extraccion del cristalino; lo hunde en el tumor que traspasa de afuera adentro à una línea y media ó dos de su punta, despues empujándolo en la misma direccion, corta á espensas del tumor un colgajo semicircular, muy análogo al que se verifica en la córnea para la operacion de la catarata; levanta en seguida este colgajo con una pinza y lo corta al nivel de su base llevando en alto el corte del instrumento. El diámetro del segmento que se lleva con motivo de este doble corte, siempre relativo à las dimensiones del tumor, puede variar desde dos hasta cuatro líneas. Muchas veces junto con la punta del tumor se quita una pequeña porcion del iris que desde el principio del mal, contrae adherencias con la córnea de mas ó ménos estension, pero la lecion de esta membrana, es mas bien una ventaja que no un inconveniente, pues ella facilita la salida del cristalino, y de una parte del humor vítreo. Despues de esta evacuacion parcial, el bulbo del ojo se abaja y se oculta detras de los párpados á los que se les aplica una planchuela de hilas secas aseguradas por una simple venda. La operacion que se acaba de describir apénas

es dolorosa. Los enfermos comunmente tranquilos los tres primeros dias, empiezan á experimentar al cuarto, dolor en la órbita, y les sobreviene una ligera hinchazon inflamatoria. A la manifestacion de estos síntomas se aplica encima de los párpados una cataplasma de miga de pan con leche para favorecer y acelerar la supuracion del globo del ojo. Acia el séptimo ó noveno dia, à ménos que no sobreviniese algun accidente no acostumbrado, se vé en la cataplasma una mezcla de pus y humor vítreo; luego esta materia se hace blanquecina y mas consistente; el enfermo experimenta un singular alivio; el globo del ojo se constriñe transformándose en un especie de tubérculo que se oculta en el fondo de la órbita.

Si se apartan entonces los párpados se halla la conjuntiva rojiza é hinchada; la herida del ojo termina á manera de un rodete circular formado por una especie de corteza blanquecina; ácia el décimo ó duodécimo dia este rodete desaparece; en seguida la herida va reduciéndose gradualmente y acaba por cerrarse completamente. Queda sin embargo ácia su parte media, aunque solo por algunos dias, un pequeño tubérculo carnoso, una especie de papilla bermeja, que mediante alguna aplicacion de piedra infernal se la hace desaparecer.

Lejos de tener que combatir ningun síntoma ó accidente grave en seguida de esta operacion, el cirujano muchísimas veces se vé por el contrario precisado à sujetar el ojo á nuevas causas de irritacion, dejándolo largo tiempo descubierto, ó llevándose aun un nuevo anillo circular del ancho de media línea, para facilitar la salida de los humores y la entrada del ayre á la cavidad de este òrgano casi rebelde á la inflamacion. El mismo objeto puede conseguirse introduciéndolo en la cavidad del ojo un pequeño lechino de lienzo: que se deja hasta haber producido un gra-

do de inflamacion necesaria al restablecimiento de la supuracion. El resto de la curacion se limita á las aplicaciones emolientes locales; el globo del ojo se constriñe progresivamente al rededor del eje antro-posterior; transformándose en un muñon regular muy favorable para la aplicacion de un ojo artificial.

Observacion décima tercia.

Una aldeana de 19 años de edad, de *Casau-magnago*, llamada *Regina Fedele*, sufria un estafiloma del ojo izquierdo resultante de la viruela; el tumor en sus acrecentamientos progresivos, concluyó por introducirse entre los párpados prolongándose una pulgada mas allá de sus velos movibles.

La deformidad, un continuo lagrimeo, repetidas optalmías, que desarrolladas al principio en el ojo enfermo, se trasmitian simpaticamente al sano, obligaron á esta infeliz á reclamar los socorros del arte. Vino á este hospital el 20 de setiembre del año 1795.

Entónces, lo confesaré con sencillez, la esperiencia no me habia aun ilustrado de las ventajas del método operatorio cuya superioridad creo haber demostrado; estaba bien convencido que era preciso proscribir para siempre la operacion de *Woolhousse* que consiste en llevarse, juntamente con el tumor, una porcion circular de la esclerótica; pero yo no consideraba ningun inconveniente en acercarse al contorno de esta membrana del lado de la córnea. Tomé pues un bisturí igual al que sirve para la operacion de la catarata; lo introduje por medio de la base del estafiloma al nivel del borde de la córnea; levanté el tumor á beneficio de unas pinzas, llevándome-lo todo entero con las tijeras. Al instante los humores del ojo se derramaron, retirándose este órgano detras de los párpados. Ecsaminé detenidamente el tu-

mor; la córnea enteramente diferente de una membrana callosa, formada por la conjuntiva, no tenia mas espesor que en su estado natural, y aun en algunos puntos estaba adelgazada.

Durante la operacion, la enferma diò muestras de un vivo dolor; me contenté con aplicar encima de los párpados una simple compresa asegurada por un vendaje, le ordené una sangria del brazo, que me pareció indicada atendido el estado pleorico de la enferma. Media hora despues fué acometida de vómitos y de un temblor general del cuerpo. Le dispuse la mixtura de Riverio y lavativas opiadas que no impidieron la repeticion de los mismos accidentes muchas veces durante el resto del dia y de la siguiente noche. Al otro dia los párpados y las membranas de los ojos se manifestaron hinchadas rojizas, y como amenazadas de una inflamacion gangrenosa; la calentura era bastante intensa, el pulso duro, y la cara estaba rubicunda y con fuertes dolores de cabeza. Desde luego ordené una sangria del pie, prescribiendo por la tarde una aplicacion de sanguijuelas à la region temporal; se cubrieron los párpados con una cataplasma de miga de pan y leche con azafran. La enferma delirò durante la noche del segundo dia, y la acometiò repetidas veces el temblor general.

El tercer dia aparté suavemente los párpados, entre los cuales se divisaba un cuerpo negro parecido à la sangre cuajada, era en efecto un verdadero cuajaron mezclado con humor vitreo; me apresuré à quitarlo; y aunque solo contenia à lo mas una media cucharada de sangre, apenas lo hube estraído, quando sobrevino una remision sensible de todos los síntomas.

El sexto dia, la hinchazon de los párpados habia disminuido un tanto; el bulbo del ojo estaba

cubierto de un sanie purulento fétido; la circunferencia de la herida parecia como lardacea; se habia formado un abscesillo del tamaño de un guisante en el mismo tejido de la conjuntiva ácia al grande ángulo del ojo, al que abrí por medio de una lanceta: del fondo de este pequeño foco se levantó inmediatamente una fungosidad, que á primera vista me dió algun cuidado.

Continué la aplicacion de las cataplasmas emolientes, y dispuse á la enferma al uso de una decoccion de grama, añadiéndole un grano de tártaro emético por azumbre. Esta bebida que tomaba à fractas dosis, tenia la doble ventaja de favorecer la traspiracion promoviendo al mismo tiempo una ò dos deposiciones diarias.

Hasta el dia 13 despues de la operacion el pus no tomó las calidades que se llaman generalmente *lobables*, la calentura y el dolor de cabeza se calmaron, los párpados y el bulbo del ojo se bajaron gradualmente; mas la escrescencia fungosa de la conjuntiva permanecia estacionaria.

Durante un mes, no hubo ningun cambio ni en la abundancia, ni en las calidades del pus; los bordes de la herida siempre conservaban un aspecto oscuro y lardaceo; pero en seguida la supuracion no tardò en disminuir mucho, y la herida tomó un color rojo, despues la caida de una especie de rodete circular que se desprendió bajo la figura de una escara. La fungosidad de la conjuntiva desapareció y el bulbo del ojo, como marchitado, se retiró al fondo de la órbita. La herida se cicatrizó en el espacio de tres semanas.

La enferma sujeta à la influencia de un régimen tónico, y al uso interior de la quinquina, no tardò en recobrar su primitivo vigor, y dos meses y medio despues de la operacion volvió á su casa

contenta, con haber logrado, despues de tantos padecimientos y peligros, una curacion tan completa como lo permitia la calidad del mal.

Observacion décima cuarta.

Una aldeana del valle *Salinbeni*, de edad 30 años, dotada de una constitucion débil, llamada *Maria Antonia Bariola*, adolecia desde su infancia de un estafiloma del ojo izquierdo. El tumor cuyo acrecentamiento progresivo habia principalmente acelerado desde cuatro años, con motivo de una percusion esterna, se adelantaba mas allá de los párpados; estaba sujeta à frecuentes inflamaciones que se propagaban simpaticamente al ojo izquierdo cuya córnea hallé úlcerada cuando la enferma entrò en el hospital. Despues de haber empleado algunas semanas en la curacion de esta afeccion consecutiva, le propuse quitarle el estafiloma que sin cesar la esponia al daño de perder enteramente la vista; consintió en ello. El 6 de Febrero de 1796 metí un cuchillo de catarata en el tumor, á una línea y media de su vertice; lo introduje de fuera adentro para formar un colgajo semicircular que coji con una pinza y que quité completamente, dirijiendo por arriba el corte del instrumento. Las dimensiones de este colgajo apenas igualaban al disco de una circunferencia de tres líneas de diámetro. El cristalino salió por la abertura; tenia un color oscuro y un enorme volúmen: inmediatamente fué seguido de una considerable pérdida de humor vítreo. Examiné cuidadosamente el colgajo que habia cortado; no tenia aquel espesor que generalmente presenta la córnea en su estado natural, pero se manifestaban acá y allá callosidades formadas por una especie de endurecimiento de la conjuntiva. El bulbo del ojo se

retiró detras de los párpados à los que apliqué una planchuela de hilas secas, sostenidas por una simple venda.

La enferma no manifestó señal alguno de dolor, ni durante la operacion, ni en los cinco dias subsiguientes. No sobrevino ninguna inflamacion, el ojo unicamente vertia todos los dias una pequeña cantidad de mucosidad. Importaba sin embargo al buen resultado de la operacion el que se estableciese en este órgano una inflamacion supuratoria. Cuando al sexto dia ví, que nada anunciaba la aparicion de este trabajo saludable, ordené á la enferma levantar el aparato, y espusiese el ojo al aire libre. A las 30 horas se manifestó la inflamacion de este órgano, y la de los párpados acompañada de un ligero movimiento febril. Hice aplicar sobre estas partes una cataplasma de miga de pan y leche. Tres dias despues ví manar del ojo una serosidad purulenta que luego fué reemplazada por un pus de buena naturaleza. La circunferencia de la herida era blanquecina y como lardacea.

En el espacio de ocho dias, la supuracion disminuyó progresivamente, cerrándose la herida completamente; solo quedó sobre su parte media, una pequeña papilla rogiza, que toqué repetidas veces con la piedra infernal. Suspendí entonces la aplicacion de los tópicos emolientes, los que substituí con el colirio vitriolado. El bulbo del ojo conservaba todos sus movimientos y presentaba un punto de apoyo solido para la aplicacion de un ojo artificial. La curacion quedó completada un mes poco mas ó ménos despues del desarrollo de la inflamacion.

Basta comparar esta observacion con la precedente, para apreciar todas las ventajas de la amputacion parcial del estafiloma. Se ve que la operacion cuyos preceptos ha trasmitido *Celso* no ocasiona

ninguno de los graves accidentes que sobrevienen à la completa estirpacion del estafiloma, y con mucho mas motivo al corte simultaneo del tumor y de una parte de la esclerótica.

Podria citar aqui muchisimas otras observaciones ànalogas, pero no lo considero necesario supuesto que las que terminan el siguiente capítulo, pueden igualmente confirmar el mismo punto de doctrina.

CAPITULO V.

De la hydropesia del ojo, ó de la hydrophthalmia

ECSISTEN òrganos destinados para contener una cierta cantidad de flúidos aqüeos claros; igualmente cavidades cuyas membranas estàn continuamente humedecidas de serosidad; ecsistiendo en unos y otros un equilibrio tan perfecto entre la accion de los vasos absorventes y la de los ecsalantes, que la cantidad de estos flúidos es siempre la misma à pesar de la renovacion continua à que estàn sujetos, como todo lo que forma parte de los cuerpos organizados. Pero si con motivo de una alteracion cualquiera, el equilibrio llega à perderse, no estando las cavidades tan humedecidas por esta especie de rocío que se ecsalaba de sus superficies, se aprocsiman y se obliteran; ó al contrario, se dilatan con esceso, si los vasos linfáticos no son suficientes para la absorcion de los flúidos vertidos por los ecsalantes.

Considerado el ojo como una cavidad conteniendo un líquido, està sujeto à estas dos clases de lesiones: llamada la primera *atrofia*; y la otra constituye la *hydropesia* del ojo ò la *hydrophthalmia*. En la primera el globo del ojo se marchita, y se constriñe y como el sistema absorvente obra sin cesar, à falta de flúidos, operando sobre las partes solidas de este

órgano, empieza por disminuir el volúmen y acaba con el tiempo por destruirlo enteramente. Al revés en la *hydrophthalmia*, el ojo adquiere mas volúmen que en su estado natural, llegando algunas veces hasta pasar mas allá de los párpados. El desorden de las funciones sigue, como es creíble, los progresos de la lecion organica; la facultad de ver va pues debilitandose continuamente, hasta que por último se pierde totalmente. Por lo general se atribuye la *hydrophthalmia* al aumento de humor aquëo ó vítreo. He operado un sin número de *hydrophthalmias*, he disecado ojos hidropicos en todos los períodos de la enfermedad; pues bien, digo, que constantemente he hallado el cuerpo vítreo mas ó menos desorganizado, y reducido à agua, segun que el mal era antiguo ó reciente. Pero jamas he podido distinguir cual de los dos precitados humores ejercia mas influencia en la formacion de la enfermedad. Entre los mas hábiles oculistas modernos, los hay que piensan que la principal causa de la *hydrophthalmia* es efecto de una obliteracion de los poros organicos de la córnea, que oponiéndose à la trasudacion del flúido aquëo, lo obligan à acumularse en el interior del ojo, produciendo de este modo la *hydropesia* de este órgano. Mas esta esplicacion solo prueba que los autores que la han propuesto ignoran el importante papel que hace el sistema linfático en la economia animal. ¿Como no ven que segun la teoria, la *hydrophthalmia* seria una consecuencia precisa de la condensacion de la conjuntiva, del *leucoma*, y de todas las grandes cicatrices de la córnea? proposicion desmentida diariamente por los hechos.

He disecado últimamente un ojo afectado de *hydropesia* en un niño de tres años y medio de edad poco mas ó ménos, que murió tabifico. No solamente faltaba el cuerpo vítreo y la cavidad que habia ocu-

pado estaba llena de agua, sino que la misma membrana de este cuerpo se habia convertido en una sustancia mitad esponjosa, mitad lipomatosa. El volumen de este ojo sobrepujaba un tercio al del sano; y no obstante la esclerótica no era mas delgada de este lado que del otro; pero era blanda, y débil, habiendo perdido igualmente su forma globular desde que fué separada de la coroyde. La córnea formaba un disco un tercio mayor que en el estado fisiológico, habia perdido aquella pulposidad que le es natural, siendo sensiblemente mas delgada que la del otro ojo. Entre la córnea y el iris, ecsistia una grande cantidad de un fluido aquëo ligeramente teñido de rojo. El cristalino y su membrana vueltas opacas se adelantaban un poco en la cámara anterior, en la cual no podian penetrar mas adelante con motivo de las adherencias que la cápsula habia contrahido con el borde libre del iris. Apenas fue abierta esta cápsula cuando el cristalino se escapò, mitad disuelto, y mitad blando. La parte posterior de su túnica no pudo separarse enteramente de una sustancia dura, que solo parecia la membrana desorganizada del cuerpo vítreo. Habiendo dividido la coroyde desde el ligamento ciliar hasta el fondo del ojo, salió de la cámara posterior, una cantidad de agua bermeja, y ni un átomo siquiera del cuerpo vítreo. En lugar de este cuerpo, hallé una sustancia rollada en si misma, en forma de cilindro, mitad esponjosa y mitad lipomatosa; estaba rodeada de mucha agua y colocada à la direccion del eje longitudinal del ojo, desde la entrada del nervio óptico, hasta el cuerpo ciliar, ó hasta esta sustancia dura à la que estaba fuertemente adherida la convexidad posterior de la cápsula cristalina. Desde la estension de dos líneas y media, contando del origen del nervio óptico estaba,

este pequeño cuerpo cilindrico cubierto de una materia blanquecina como concentrada, igual al redañó cuando se le tira arriba ácia el grande borde del estómago. Me figuró que esta capa de materia blanquecina, solo era la retina desorganizada, pues echando alcohol en la superficie interna de la coroyde, me convencí de que no existia ninguna señal de retina en la cara interna de esta membrana, mientras que la sustancia de que hablo estaba considerablemente endurecida, del mismo modo que la retina cuando se la mete en espíritu de vino.

En segundo lugar el pequeño cuerpo cilindrico, y la sustancia dura que estaba en lugar del cuerpo ciliar, no era manifiestamente mas que la membrana del cuerpo vítreo degenerada, segun dije anteriormente Pero no es fácil determinar si la degeneracion de la membrana hyaloide habia sido la causa ò el efecto de la hydrophthalmía; sea lo que fuere, este hecho mas parecido á sus análogos, esto es en aquellos que solo hallé una linfa sanguinolenta en la cámara posterior en lugar del humor vítreo, induce principalmente á probar que la hydrophthalmía consiste en la secrecion viciosa de un fluido aqueo fuera de las celulas del cuerpo vítreo, y algunas veces tambien en una degeneracion morbosa de la membrana que contribuye á la formacion de este mismo cuerpo. (1).

El aumento de exalacion del fluido aqueo, así al interior de las celulas que componen el cuerpo vítreo como al exterior, y la falta de energia del sistema absorbente del ojo afectado; son sin duda las causas proximas de la hydrophthalmía, iguales á las de todas las hydropesias. Mas se concibe que esta acumulacion de

(1) En el capitulo 8º manifestaré que en el caso que acabamos de citar, la hydrophthalmía estaba complicada (lo que es raro) de un accidente aun mucho mas peligroso; hablo de aquella afeccion á la que en estos últimos tiempos se le ha dado el nombre de *fungus hematodes*.

serosidad debe desde luego cambiar la forma del globo del ojo; en efecto este órgano muy pronto adquiere una figura oval, terminando una de sus estremidades en una punta que corresponde à la córnea, y estendiendose despues en todas las dimensiones, adquiere algunas veces un desarrollo escesivo, acabando por hacerse saliente fuera de la órbita, en términos de no poderlo cubrir ya los párpados; dando à la fisonomia del enfermo el mismo aspecto que si se hubiese reemplazado el ojo natural por uno de buey (1).

Las causas de esta enfermedad varian. Unas veces la ocasiona un golpe sobre el ojo ó sobre la sien; otras es efecto de una optalmía interna; algunas veces es anunciada por una sensacion dolorosa de distension en la órbita, por la dificultad de mover el globo del ojo, y por una disminucion sensible de la vista en fin en algunos casos la enfermedad se manifiesta sin causa conocida; asi sucede principalmente en los niños de tierna edad, no pudiendose sacar entonces ningun indicio. De cualquier modo que sea luego, que el ojo ha tomado la figura oval, de la que hace poco hablamos, y que la cámara anterior se ha hecho mayor, el iris se manifiesta mas apartado de la córnea que en el estado natural y sobreviene temblor al menor movimiento del globo del ojo (2); la pupila queda dilatada, cualquie-

(1) La Buphtalmia ó sea el aumento de volumen escesivo del ojo ocasionado por la turgencia del humor vitreo, es la unica enfermedad con que la hydrophthalmia puede confundirse: no obstante se diferencia en que el cuerpo vitreo que empuja el iris ácia adelante lo acerca á la córnea, formando al rededor del cristalino una especie de rodete que lo oscurece; el ojo por otra parte se presenta mas doloroso, la vista desde el principio mas afectada y ultimamente la supuracion y la atrofia del órgano es casi inevitable. (El traductor español.)

(2) Bequet se engañó cuando dijo que yo miraba el temblor como un efecto de la hydrophthalmia atendiendo á que no hago mencion de este fenómeno sino por colocarlo en el número de sintomas que acompañan á esta enfermedad, pero no ignoro que el temblor del iris se halla algunas ocasiones en los ojos sanos bajo toda otra relacion.

ra que sea la intensidad de la luz à que esté espuesta, y el cristalino se oscurece ò desde el principio de la enfermedad, ò ya en su mas alto grado. Cuando la enfermedad se ha quedado estacionaria y el cristalino no ha perdido su transparencia, el enfermo puede distinguir la luz de la oscuridad; descubre tambien las delineaciones de los objetos y los mas vivos colores. Pero à medida que el ojo aumenta de volúmen, el cristalino se hace mas opaco y la retina està como paralizada por el exceso de distension que experimenta; haciendose por consiguiente insensible al reducido número de rayos luminosos que llegan aun hasta ella, pasando por los lados del cristalino.

En el último periodo de esta enfermedad, esto es, cuando el globo del ojo se hace saliente fuera de la órbita, en el caso de hacer inútiles los párpados, à los accidentes que hemos señalado, se juntan los que son propios al desecamiento del bulbo, al contacto de los cuerpos estraños, à la frotacion de las pestañas, al lagaño, al lágriameo, à la ulceracion del párpado inferior sobre el cual el globo del ojo està apoyado, y à los de la escoriacion del mismo ojo. A todas estas causas reunidas deben atribuirse las inflamaciones muy dolorosas que acompañan de cuando en cuando la hydrophthalmía, é igualmente la violencia de las cefalalgias. La ulceracion tambien hace progresos; oscurece prontamente la córnea, roe la esclerótica, y destruye despues de la una la otra todas las partes que componen el òrgano de la vista.

Luego que se manifiesta la hydrophthalmía, los sabios en el arte aconsejan el uso interno de la cicuta en extracto, el de la pulsatila negra y del mercurio en altas dosis para promover la salivacion, como en la curacion del hydrocéfalo; al exterior, colirios astringentes y corroborantes, un sedal à la nuca, y compresiones metódicas sobre el globo del ojo para

hacerlo volver à entrar en la òrbita. Mas puedo asegurar que apesar de haber recorrido los mas grandes observadores, no he hallado un solo caso de curacion conseguida por los medios internos; y en cuanto las aplicaciones locales, la esperiencia me ha manifestado que los colirios astringentes y la compresion del globo del ojo pueden ser muy nocivos. He conseguido mas ventajas con un sedal à la nuca, las lociones con la agua de malvas, y las cataplasmas de la misma planta; si estos medios no han sido coronados de un completo exito, han sido no obstante suficientes para calmar momentaneamente los dolores de la òrbita, de la frente y de la sien, dolores insoportables al enfermo, y en especial cuando estàn sujetos à optalmías periodicas (1). Pero luego que el globo del ojo empieza à dejar la fosa orbitaria, no hay otro medio de prevenir y calmar los accidentes de la hydrophthalmía que practicar la operacion. Consiste esta en vaciar el ojo del exceso del liquido que contiene, y determinar un punto de inflamacion en el interior de este òrgano, para obligar à que las membranas se aproximen, y el globo del ojo vuelva à entrar en el fondo de su cavidad. Diferir esta operacion, seria esponer al enfermo à los accidentes de una optalmía continua, al peligro de la ulceracion del pàrpado inferior y del globo del ojo, y aun al càncer de este òrgano; terminacion sin contradiccion la mas funesta de la hydrophthalmía.

(1) Los evacuantes, las preparaciones antimoniales, los diaforeticos, los vapores del amoniaco y la electricidad han sido igualmente propuestos como medios eficaces para contener los progresos de la hydrophthalmía: però el profesor Jourdan asegura que serà muy dificil hallar una observacion digna de fe, que acredite la utilidad de estos diferentes medios; dice no obstante este práctico, que con lo unico que ha sacado alguna ventaja es con la aplicacion de los vegigatorios sobre las cejas, cuya supuracion entretenia por mucho tiempo; su irritacion derivativa disminuye ó desvia la accion de las causas que dan mårgen à la afeccion. (El traductor español.)

Para practicar la operacion de la hydrophthalmia se alababa mucho antiguamente la puncion ó *paracentesis* del ojo. Uno de los primeros propagadores de este método, Nuck (1), abria el ojo por medio de un pequeño trocar que hundia precisamente en el centro de la córnea. Despues se ha creido seria mas conveniente perforar el bulbo del ojo en la esclerótica à dos líneas poco mas ó ménos de la córnea, para evacuar con mas facilidad juntamente con el humor aquëo una porcion del cuerpo vitreo, y disminuir por alli el volúmen excesivo del globo del ojo. (2)

Apesar de la autoridad de los mas célebres cirujanos, este método ha caido en olvido pues con el no se lograba el objeto que uno debe proponerse en la operacion de la hydrophthalmia. Esto lo conócieran fácilmente los que están al nivel de nuestros conocimientos fisiologicos; aquellos sobre todo que formanose una justa idea de las funciones del sistema absorbente, saben cuan incierto es el resultado de la paracentesis, considerada como medio curativo de las hydropesias crónicas en general, y del hydrocele en particular. En efecto la curacion de esta última enfermedad jamas ha tenido lugar, à no manifestarse despues de la evacuacion del liquido una inflamacion adhesiva entre la túnica vaginal y la albuginea. Y si alguna vez ha sucedido que la simple puncion haya curado

(1) *De duct. ocul. aquos.* page 120.

(2) Por una observacion añadida en la efemerides de los curiosos de la naturaleza año 6, con el título de hydrophthalmia curada por la paracentesis, parece que Miguel Berad Valentin, fué el primero que hizo mencion espresa de la puncion del ojo en la hydrophthalmia, y despues Nuck la practicó con exito en dos diferentes sujetos. Woolhouse usaba tambien esta misma operacion para remediar la *ambliopia* de los viejos, dando al instrumento el nombre de *paracenterium*. Mouchart en una disertacion publicada en 1744 con el título de *paracentesi oculi in hydrophthalmia et ambliopia senum* llama la atencion de los sabios, sobre si en casos de cataratas lacteas podria recurrirse á esta misma operacion. (El traductor español.)

radicalmente el hydrocele, será porque habrá sido suficiente para ocasionar una inflamacion entre estas dos membranas y para hacer desaparecer la cavidad en la que se hizo el derrame de serosidad que constituye el hydrocele.

De estas reflexiones se infiere, que la puncion del ojo practicada con la mira de evacuar lo superfluo del liquido encerrado en este òrgano, no podrá en ningun caso ser un medio curativo de la hydrophthalmía, à no ser que la herida hecha con el trocar determine una inflamacion adhesiva entre las membranas que concurren á formar el globo del ojo; como puede suceder en ciertas maniobras. Por ejemplo, Nuk cuenta que en un jòven de Breda à el que le habia practicado cinco veces la misma operacion, à la sesta fué preciso hacer chupar por medio de la cànula del trocar con el fin de evacuar la mayor cantidad posible del humor vítreo, y que juzgó prudente introducir entre los párpados y el bulbo del ojo una oja de plomo para ejercer sobre este último una compression continua. El mismo practico refiere la historia de una muger de La Haye à quien agugereo inútilmente dos veces el ojo; repitió la misma operacion dos ò tres veces, mas no nos dice cual fue su resultado.

No me aparto pues de creer que algunas veces se haya obtenido la curacion radical de la hydrophthalmía por la puncion en los casos que se habia repetido muchas veces la introduccion del trocar, ó por otros medios irritantes conducidos al interior del ojo á beneficio del mismo instrumento; pero basta la menor reflexion para convencerse que es menester atribuir estos sucesos no à la evacuacion del liquido, y si à la irritacion producida por el contacto de un cuerpo extraño. Penetrado de esta verdad, fué sin duda para promover la inflamacion que *Woolhouse* recomen-

do el dar vueltas à la cánula seis veces á lo ménos entre los dedos, despues que ha penetrado al interior del ojo; bajo las mismas miras Planter propuso inyectar, despues de la salida de los humores, un líquido cualquiera un poco tibio, y Mauchart recomienda mantener apartados los bordes de la abertura hecha à la córnea por medio de un lechinito de hilas (1). Por lo demas si estas observaciones prueban la insuficiencia de la paracentesis para curar radicalmente la hydropesia del ojo, es igualmente evidente que esta curacion está subordinada à la evacuacion de los fluidos contenidos en el ojo, y al desarrollo de un grado de inflamacion suficiente para determinar la adhesion de sus membranas.

Para llenar esta doble indicacion, el medio mas fácil y pronto que hasta aqui se ha propuesto, es sin contradiccion, el de que he hablado en el capítulo precedente, tratando del *estafiloma* crónico. No puedo sin embargo dejar de repetir en esta ocasion, que el corte circular del globo del ojo, practicado en la esclerótica, no solamente es nocivo, si que tambien peligroso. En efecto esta operacion constantemente es seguida de mas graves accidentes, y en particular de frecuentes hemorragias: à estas acompañan ya grumos de sangre que se acumulan al fondo del ojo, ya una inflamacion violenta del bulbo, de los párpados, ó del cerebro; otras veces vómitos pertinaces, convulsiones ó delirio que amenazan á la existencia del enfermo. Entre los cirujanos modernos que sobre este punto nos han hecho conocer los resultados de su práctica Mar-

(1) *Flajani*. Despues de la segunda puncion, dice este autor, ha sido necesario introducir una pequeña tienza, luego de dilatada la abertura con las tijeras abotonadas, para poder libremente introducir en la cavidad del ojo un lechino de hilas (*coleccion de observaciones t. 1. obs. 34.*)

chant (1), Terras (2), y principalmente Louis (3), merecen los mayores elogios; unanimes confiesan que mil veces han tenido ocasion de arrepentirse por haber cortado circularmente la esclerótica. (4).

Mas el corte circular de la punta ò centro de la córnea del tamaño de una lenteja, segun el precepto de Celso, està libre de los accidentes que atribuimos al de la esclerótica. Esta operacion sobre no ser nada dolorosa, basta para dar salida à los humores del ojo, y escitar el grado de inflamacion necesaria al exito de la curacion. A todas estas ventajas añadese la de precaver la disminucion repentina del bulbo del ojo, circunstancia inseparable al corte circular de la esclerótica y de la que resulta una alteracion profunda de los nervios de este órgano y de las partes que simpatizan con el, tales como la cabeza y el estómago. Esta simpatia quizá no deja de ser la causa mas poderosa de los accidentes que acabamos de señalar; accidentes à los que es preciso añadir aquellos à que da lugar la esposicion de una grande superficie al contacto del aire y de las lociones que en tal caso se acostumbra practicar. (5)

(1) *Diario de medicina de Paris* Enero de 1770. Sobre dos exophthalmías ó tumores preternaturales del globo del ojo.

(2) *Ibid* Marzo 1776 sobre la hydrophthalmía.

(3) *Memorias de cirugía* tom. XIII. pág. 286. 290.

(4) No dudo estén espuestos á los mismos daños los que traten de ensayar el método propuesto por Tord, para la curacion radical de la hydrophthalmía. Consiste este método en pasar un sedal, compuesto de seis hilos de seda blanca del uno al otro ángulo del ojo; estos hilos deben retirarse uno á uno en el espacio de un mes, segun lo practicaba Pott para la curacion del hidrocele de la tunica vaginal. Véase *Medical communications*. vol. 1º pág. 409.

(5) Esta operacion efectivamente es preferible á todas las demas: solo hay un caso en que con ventaja puede ser reemplazada por la incision, esto es cuando la hidropesia se ha formado con tanta rapidez que deja alguna esperanza de una curacion sin deformidad y quizá sin pérdida total de la vista. En toda otra circunstancia el corte de la córnea es indispensable. (Los traductores franceses.)

En cuanto el manual de la operacion, es igual al que acabamos de describir en el capitulo precedente. Perdida la facultad de ver, que esté ó no trasparente la córnea, el cirujano la traspasará de parte á parte á la distancia de una línea y media de su centro, y empujando transversalmente el bisturí de un lado á otro cortará la parte inferior de la córnea en semicirculo; apoderándose despues con las pinzas del primer colgajo, dará vuelta al corte del instrumento ácia arriba y practicando en la parte superior lo que ha hecho por la inferior, se llevará circularmente el centro de la córnea en un diámetro igual al de una lenteja grande (tres líneas poco mas ó ménos en un adulto). A beneficio de esta abertura y de algunas ligeras presiones, el operante facilmente hará salir del ojo y aumentó por grados hasta llegar al monstruoso volumen que manifestaba cuando lo vi; y lo que aun es mas digno de observar, es que jamas este joven se quejaba de fuertes dolores en el ojo.

Le operé el 8 de Junio de 1797.

Despues de haber penetrado de parte á parte el punto centrico de la córnea con el bisturí igual al que sirve para la operacion de la catarata, y levantando el segmento inferior con las pinzas, me llevé circularmente, con las tijeras de Daviel el centro de la córnea en la estension del diámetro de dos líneas ó un poco mas, como el cristalino aun vacilaba en salir, con la punta del bisturí abrí su cápsula; escapose luego un humor lacteo que fue seguido del nucleo del cristalino y de una considerable cantidad del cuerpo vítreo disuelto. El volumen del ojo disminuyó de manera que los párpados podian cubrirlo. Durante la operacion, el enfermo no dió ninguna señal de dolor fuerte: estuvo levantado el primero y segundo dia sin quejarse de la menor incomodidad.

A la renovacion de cada curacion, las piezas de

de hipericon; cubriendo el todo con la predicha cataplasma de pan y leche.

Se conoce que la supuracion se verifica, quando el aparato està mojado de una linfa espesa, mezclada con una porcion de humores del ojo que se abren paso por medio de la abertura de la còrnea y quando los bordes de esta ofrecen el aspecto de un circulo blanquecino y marchitado. Luego de establecida esta supuracion, los párpados empiezan à bajarse, el bulbo del ojo disminuye de volúmen, se constriñe y vuelve à entrar poco à poco en la órbita. En seguida el circulo blanquecino marchitado que se manifiesta por los bordes de la herida, se separa à manera de escara, dejando una úlcera de escelente color; esta lo mismo que todo el globo del ojo se reducen arrugandose hasta cerrarse enteramente, y deja al cirujano la facilidad de colocar un ojo artificial entre los párpados y el muñon del bulbo.

Aunque en los mas de los casos una perdida de sustancia de la magnitud de una lenteja sea suficiente en los adultos para promover una inflamacion moderada en el interior del ojo, no obstante si esta inflamacion aun no existiese sobre el quinto dia, seria indispensable esponer el ojo al aire libre ó como se ha dicho hablando del estafiloma, refrescar los bordes de la herida de la còrnea, quitando una porcion circular de esta membrana de la magnitud de una media linea ó un poco mas. Esta operacion es muy poco dolorosa, y produce comunmente el efecto deseado; esto es, el desarrollo de una inflamacion interior, sin la cual no tendria lugar la curacion radical de la hydrophtalmía.

Observacion décima sexta

Un aldeano, de edad de 13 años y medio, de una

constitucion robusta, tenia el ojo derecho tan voluminoso y tan prominente fuera de la órbita, que ya los párpados no podian cubrirlo. La córnea, aunque nebulosa, dejaba sin embargo entrever el iris en el fondo del ojo: la pupila estaba dilatada, y oscuro el cristalino.

Supé por la madre de este muchacho, que á la edad de dos años poco tiempo despues de la desecacion de la viruela, fue acometido de una violenta inflamacion en ambos ojos, la que dejó una nube espesa en la córnea, y especialmente en la del lado derecho. La vista del ojo izquierdo se restableció con el tiempo por la aplicacion reiterada de vegigatorios en la nuca y detras de las orejas, y por otros remedios apropiados. Mas el ojo derecho quedò nebuloso y aumentó por grados hasta llegar al monstruoso volumen que manifestaba cuando lo vi; y lo que aun es mas digno de observar, es que jamas este joven se quejaba de fuertes dolores en el ojo.

Le operé el 8 de Junio de 1797.

Despues de haber penetrado de parte à parte el punto centrico de la córnea con el bisturí igual al que sirve para la operacion de la catarata, y levantando el segmento inferior con las pinzas, me llevé circularmente, con las tijeras de Daviel el centro de la córnea en la estension del diámetro de dos líneas ó un poco mas, como el cristalino aun vacilaba en salir, con la punta del bisturí abrí su càpsula; escapose luego un humor lacteo que fue seguido del nucleo del cristalino y de una considerable cantidad del cuerpo vítreo disuelto. El volumen del ojo disminuyó de manera que los párpados podian cubrirlo. Durante la operacion, el enfermo no dió ninguna señal de dolor fuerte: estuvo levantado el primero y segundo dia sin quejarse de la menor incomodidad.

A la renovacion de cada curacion, las piezas de

aparato se presentaban bañadas de un humor glutinoso muy análogo á la disolucion del cuerpo vitreo. El cuarto dia, los párpados estaban sonrosados, hinchados, dolorosos y ligeramente apartados; el globo del ojo inflamado, la cabeza algo pesada, el pulso un tanto febril. Hize aplicarle una cataplasma de pan y leche que se renovaba cada dos horas.

El séptimo dia empezó la supuracion del interior del ojo. A primera vista era serosa pero se hizo luego mucosa y de buena calidad, desde entonces disminuyeron la calentura y el dolor. Esta secrecion puriforme mas ó ménos abundante durò dos semanas. En este tiempo los párpados se desentumecieron; el globo del ojo se retirò acia el fondo de la òrbita. La capa de moco derramado en los bordes del corte hecho à la córnea se desprendiò, dejando ver una pequeña úlcera colorada que en el espacio de ocho dias se cicatrizò completamente, con la sola precaucion de tocarla de cuando en cuando con el nitrato de plata. Hubiera sido muy facil colocar un ojo artificial.

Observacion décima séptima.

Una Señorita de 16 años de edad, delicada de constitucion, pero por otra parte buena y arreglada, presentaba un fenómeno particular; el ojo izquierdo habia adquirido un volúmen tan extraordinario en el espacio de 9 años, que era duplo al del lado derecho, salia de la òrbita, y ya no lo cubrian los párpados.

Los padres de la enferma atribuian este accidente à una caída que en su infancia habia dado en un montón de escómbrós; esta caída ocasionò una fuerte contusion y un grande equimosis. La córnea estaba un poco opaca, pero aun se distinguia la pupila irregularmente dilatada, y el cristalino oscuro.

Mientras que el globo del ojo no pasó de la ba-

se de la órbita, la enferma solo se quejó de la pérdida de la vista, pero tan luego como hubo tras-pasado este limite sobrevino una optalmía habitual que de cuando en cuando se propagaba al ojo sano. Iba acompañada de un dolor tensivo muy incomodo en la sien del mismo lado. Los tópicos astringentes, las compresiones y el uso interno del extracto de pul-satila negra, habian mas bien aumentado que dismi-nuidó la cefalalgia y el dolor del ojo; su aplicacion solo daba lugar á que las repeticiones de la optalmía, fuesen mas frecuentes.

Llamado à junta, propuse vaciar el ojo como uni-co medio para detener los progresos del mal y salvar al ojo bueno. Pero habiendo mi proposicion sido rechazada por la enferma y asistentes, ordené à título de calmante, la aplicacion de saquillos de malvas con un poco de alcanfor, y por la tarde una emul-sion de goma arábica con algunas gotas de laudano.

Dos meses despues, los accidentes se renovaron con tanta violencia, que la enferma fué la primera à pedir la operacion, la que ejecuté como en el caso precedente. Salió una grande cantidad de agua y humor vítreo, así como el cristalino blando y oscuro. El bulbo del ojo se retiró à la órbita; y los párpados volvieron à tomar su situacion natural.

A la evacuacion del ojo siguió un notable alivio. Quedó todo en la mas perfecta calma hasta el quinto dia, pero viendo que la inflamacion era tardia en manifestarse, la promoví, recomendando à la enferma espusiese el ojo al contacto del aire por espacio de todo el sexto dia. En la noche del séptimo, el mismo bulbo y los párpados se hincharon en términos, que parecia amenazar salirse de la órbita. Sin embargo la calentura, el dolor del ojo y de la cabeza eran moderados. Se cubrieron los párpados con un lienzo empapado con aceite de hipericon y se aplicó una cata-

plasma de pan y leche. La curacion general se redujo á algunas lavativas emolientes y una ligera dieta.

El dia onceno, el pus era seroso, luego mucoso y manó abundantemente por el espacio de veinte dias. Desde su manifestacion, se calmaron la calentura, y el dolor del ojo, é igualmente los párpados se desincharon gradualmente. En seguida el pequeño circulo lardaceo se desprendió de la herida hecha à la córnea. La pequeña úlcera se frunció, formando en el centro una especie de papilla carnososa: esta papilla fué contenida con la piedra infernal, y la cicatriz finalizò.

La enferma aunque curada, no pudo soportar el contacto del ojo artificial, hasta ocho meses despues de la operacion.

Observacion d sima octava.

A los primeros de Junio de 1799, el Señor Vicente, farmaceutico muy hábil, me llev  uno de sus niños, de edad año y medio. Este niño vino del campo, en donde habia sido criado: tenia el ojo izquierdo notablemente mas grande y mas saliente que el derecho: los párpados del mismo lado estaban igualmente hinchados, y se le observaba una pequeña señal en la conjuntiva  cia el  ngulo interno. El padre presumia que este accidente provenia de una caida, pero la ama de leche no queria convenir en ello. El niño no daba ninguna señal de dolor y parecia ver de este ojo: le orden  dos purgantes y baños resolutivos.

Estos remedios no surtieron efecto. El vol men del ojo aument  con tanta rapidez que   mediados de noviembre del mismo año se salió de la  rbita, y ya no lo cubrian los párpados. Estas partes se inflamaban incesantemente, asi que la con-

juntiva sin causa manifiesta, lo que exigió repetidas aplicaciones de sanguijuelas. En la epoca de que se trata, la vista de este niño estaba muy deteriorada y apenas existia.

El aumento rapido del globo del ojo, la inutilidad de los remedios intentados hasta aqui, la deformidad de la cara, y sobre todo el temor de que el ojo sano no enfermase en seguida ò que la hydrophthalmía degenerase en una enfermedad mas grave, nos determinó à el Sr. Volpi y à mi à practicar la operacion.

El 21 de noviembre puesto el niño encima de una mesa, asegurado por dos ayudantes, inteligentes abrí de parte à parte la còrnea cerca de su centro con un pequeño bisturí. Levantè con las pinzas el colgajo que acababa de formar, y volviendo el corte del instrumento arriba, me llevé circularmente el centro de la còrnea en la estension de dos líneas y media; traté en esta ocasion de que la perdida de sustancia fuese la mas pequeña posible, pues que queria asegurarme de nuevo, si los síntomas consecutivos à la evacuacion del ojo están en razon de la perdida de sustancia; y porque en una edad tan tierna, debia temer los resultados de una inflamacion repentina y violenta del órgano de la vision.

Se escapó por la pequeña abertura de la còrnea el cristalino semifluido, y aun una cantidad del cuerpo vítreo disuelto; de modo que el globo del ojo volvió à tomar casi luego su lugar detrás de los párpados, los que hice cubrir con una planchuela y un vendaje contentivo. El niño se durmió poco despues de la operacion: se levantó pasando el resto del dia jugando como acostumbraba y sin dar la menor señal de dolor.

Desde el 21 al 28 se derramó del interior del ojo un humor parecido al cuerpo vítreo disuelto; el globo y los párpados se bajaban diariamente, pero no se

manifestó ningun síntoma de inflamacion interna del ojo. A fin de escitar esta, ordené se dejase este órgano descubierto; lo que sin embargo no produjo ningun efecto.

El 3o de noviembre observé que el cuerpo vítreo se hacia prominente por medio de la pequeña abertura de la córnea; pero este cuerpo era globuloso y consistente, y el bulbo del ojo me pareció ménos abajado y ménos marchito que en los dias anteriores; con un golpe de tijeras dividí esta especie de tapon é hizo salir por medio de la compresion una cantidad considerable de serosidad sanguinolenta, parecida á la lavadura de la carne, tras de la que el globo del ojo volvió á tomar el volúmen que habia tenido los dias anteriores.

El 2 de diciembre sobrevinieron síntomas de inflamacion en los párpados y en la conjuntiva. Parecia que el niño deseaba quedarse en cama. Le hize aplicar sobre los párpados una cataplasma de miga de pan y leche.

El 8 del mismo, la inflamacion de los párpados y de la conjuntiva lejos de propagarse, como lo esperaba hasta el interior del ojo, habia casi desaparecido enteramente y la abertura de la córnea estaba perfectamente cerrada por una porcion de iris. Rempujé esta membrana con el estilete y se derramò luego una grande cantidad de serosidad.

Convencido entonces de que la abertura de la córnea era demasiado pequeña para escitar la inflamacion, refresqué con el bisturí los bordes de la herida, hasta dar á esta abertura las dimensiones de una lenteja grande. Desarrollose luego la inflamacion, y recorrió sus períodos regulares, sin obligar al pequeño enfermo á que guardase cama ni causarle ningun fuerte dolor. A la inflamacion subsiguio la supuracion; y este niño marchò rapidamente á su curacion, sin in-

terrumpir su modo de vivir ni perder nada de su acostumbrada jovialidad.

A medida que la materia purulenta, provista por el interior del ojo disminuía de cantidad, los párpados se bajaban en la misma proporción; el globo del ojo constriñéndose volvió à entrar en el fondo de la órbita, presentando sin embargo un muñon muy propio para soportar un ojo artificial. Los resultados de esta observacion prueban de una manera incontestable lo que hemos asegurado en los dos capítulos precedentes, à saber que la violencia de los síntomas consecutivos à la operacion del estafiloma y de la hydrophthalmia son siempre relativos à la pérdida de sustancia que se hace en la córnea para evàcuar los humores del ojo; y que el precepto de Celso, de hacer la pérdida de sustancia de la magnitud de una pequeña lenteja, està sujeto à algunas escepciones. En efecto, esta abertura es demasiado estrecha para dar libremente salida à los humores del ojo y à la sangre que continuamente se reúne en su interior; està espuesta à dejarse obstruir facilmente por el cuerpo vítreo, por el iris, ó por grumos de sangre, lo que facilita la acumulacion de una nueva cantidad de serosidad que se opone al desarrollo de la inflamacion, condicion indispensable al buen resultado de la curacion.

CAPITULO VI.

De los tumores enkistados de la fosa orbitaria.

EN medio del tejido celular de los músculos y de otras partes contenidas en la órbita, se desarrolla algunas veces un tumor envuelto en una bolsa membranosa, como todos los tumores enkistados que to-

man origen en el tejido celular de otras regiones del cuerpo. En los mas de los casos, el volúmen de este tumor iguala al de un huevo de pichon; siendo algunas veces aun mayor. En cuanto á su composicion, están comunmente formados de una sustancia pingüedinoso compacta, dividida algunas veces en su interior en dos casillas ò repartimientos, de los cuales el uno encierra una materia disuelta con partes terreas, y el otro un liquido vizeoso parecido á la clara del huevo. En fin otras veces todo el tumor entero està lleno de una serosidad clara y puriforme.

Estos tumores ordinariamente toman origen debajo del globo del ojo, mas ó menos profundamente en el interior de la òrbita, pero es raro obliguen à este òrgano á salirse de su cavidad sin manifestarse al exterior: lo mas comun, repito, es el estar situados debajo del globo del ojo, y algunas veces en sus lados; de manera que desarrollándose, se abren paso fuera de la òrbita empujando el párpado inferior, y resbalan en la mejilla, algunas veces à la estension de media pulgada.

A medida que estos tumores se desarrollan, obligan necesariamente al globo del ojo à mudar de situacion; y como generalmente nacen debajo de este òrgano, lo empujan arriba contra el párpado superior, de manera que llega el caso en que la pupila, ni por su posicion ni por su direccion corresponde à la del lado sano. Está claro que si el tumor se dirijiese àcia la nariz, el globo del ojo seria empujado àcia el àngulo exterior de los párpados, y vice versa. Es de notar que à pesar de la distension del nervio optico, à pesar del cambio del globo del ojo, no pierde este òrgano completamente la facultad de ver en todos los casos.

La deformidad de que va acompañada esta enfermedad es horrorosa; pero este es su menor incon-

veniente. Segun la complicacion de circunstancias que acabamos de esponer, es fácil preveer los accidentes concomitantes; doble vision de los objetos, continuo derrame de lágrimas en las mejillas, dolor en el ojo y en la cabeza, frecuentes optalmias, inquietud por la luz etc.

No queda otro medio de remediar estos males, que estirpar el tumor que los produce. Despues de la estirpacion, nada mas facil que restablecer el globo del ojo à su primitiva situacion.

El enfermo está acostado, la cabeza levantada y bien apoyada por un ayudante; el operante con una mano sostiene el párpado inferior que cubre el tumor, mientras que con la otra provista de un bisturí convexo divide transversalmente la piel y el músculo orbicular, siguiendo la direccion de sus fibras y de la arcada inferior de la orbita. Esta incision se prolongará un tanto mas de lo que parece exige el volumen del tumor, con el objeto de facilitar la ejecucion del resto de la operacion. Es preciso sin embargo tener mucho cuidado para no herir ni las paredes del kiste ni los conductos lacrimales. Luego que el tumor se presenta en medio de los labios de la herida, el operante procura aislarlo de todas las partes inmediatas, atraviesa una herina en uno de sus costados, lo sujeta y lo tira suavemente àcia él; despues con un bisturí ò tijeras lo estirpa, llevandose hasta su mas profundas raices. Es raro que desprendiendo su punta del párpado inferior se hiera la conjuntiva, pues que esta membrana empujada con violencia fuera de la òrbita por el globo del ojo, està como vuelta al exterior y bastante apartada del vertice del tumor para escapar à la diseccion. Sucede algunas veces que las raices mas profundas de esta especie de escrecencias son duras y àsperas. Recomiendo tambien en gran manera que despues de su estirpa-

cion se introduzca el dedo meñique en el fondo de la herida para indagar si aun quedan algunas durezas pues que es indispensable el destruirlas.

Si apoderandose del tumor con la herina por desgracia se rompiese y se vaciase completamente (pues que en algunas ocasiones no contiene sino serosidad) no por esto se debe perder de vista el objeto principal de la operacion, que es quitar el kiste. Se consigue este objeto siguiendo el proceder que hemos trazado, aunque mas dificilmente que cuando el tumor ofrece una cierta consistencia, dejandose atraer hasta la entrada de la fosa orbitaria.

Para la hemorragia que subsigue à esta operacion, no siendo jamas considerable, basta llenar de hilas la cavidad que ocupaba el tumor. Los resultados inevitables de esta operacion, son un dolor muy fuerte que se deja sentir en la òrbita y en la cabeza, la inflamacion de los párpados, y algunas veces de la cara y cuello; se remedia esto con las sangrias, purgantes antiflogísticos, con tópicos emolientes y calmantes y la dieta. Si al quinto dia despues de la operacion, la supuracion estuviese establecida, se renueva el aposito; sin embargo es necesario en algunas ocasiones verificar esta curacion mucho antes; esto es cuando existen señales ciertas que la perseverancia é intensidad del dolor de la órbita, y de la cabeza procede de la acumulacion de sangre grumosa en la cavidad que ha dejado el tumor; esto sucede algunas veces apesar de la precaucion de llenar esta cavidad de hilas. Basta entonces para aplacar los dolores el dar salida à la sangre estancada.

Por lo demas cuando los primeros síntomas de irritacion estan apaciguados, la supuracion no tarda en manifestarse; el fondo de la herida se cubre de botones granulosos, el espacio ocupado por el tumor desaparece gradualmente, y se opera la cicatrizacion.

Esto basta para hacer conocer la importancia de mantener apartados los labios de la division hecha al párpado inferior. Este es el motivo por que se introduce una simple torunda ó lechino que tiene la doble ventaja de favorecer el derrame de la materia seniosa del interior de la òrbita ácia afuera, é impedir la reunion de los labios de la herida antes de que desaparezca la cavidad formada por el tumor. Comunmente en el espacio de cuatro ò cinco semanas se consigue una curacion completa.

Apesar de la estirpacion del cuerpo extraño, el globo del ojo no vuelve tan pronto á tomar su situacion natural como deberia creerse. Esto depende, por una parte del estado de retraccion prolongado del elevador ó del abductor del globo del ojo, y por otra de la estension del depresor ò del aductor segun el desencaje que el ojo ha experimentado ácia arriba ò ácia fuera. Inmediatamente despues de la operacion, se consigue á la verdad con mucha facilidad volver el ojo á su situacion natural comprimiendole suavemente en sentido contrario al que se ha verificado su desalojamiento; pero luego que cesa la compresion, vuelve á tomar el lugar que ocupaba. Por esta razon despues que los accidentes inseparables de la operacion han calmado, y el globo del ojo se halla en estado de ser cubierto por los párpados, conviene practicar de cuando en cuando compresiones metòdicas sobre este òrgano, manteniendolo cuidadosamente en su sitio con el auxilio de un vendaje apropiado.

Se muy bien que podrian citarse algunos casos, en que sin el socorro de estos medios, los músculos del ojo han recobrado espontaneamente despues de mucho tiempo su fuerza y movimientos. Mas es incontestable que el arte secundado por la naturaleza, llega mas prontamente al mismo fin, que no esta úl-

tima abandonada à sus propios esfuerzos. En un caso de este género, *Hope* puso en uso una especie de torniquete cuyo punto de apoyo descansaba sobre la sien del lado afectado, y la plancha cóncava y revestida de una almoadilla encima los párpados. Esta plancha movable por medio de un tornillo, tenia el objeto de empujar el globo del ojo y contenerlo en su sitio. *Hope* asegura haber logrado el efecto deseado en el espacio de veinte dias. Sin embargo habiendo acreditado la esperiencia que se logra el mismo resultado por medio de compresas y una venda, la simplicidad de este aparato lo hace siempre preferible à la maquina mas ingeniosa.

Algunas veces sucede despues de la estirpacion de los tumores volúminosos, y aun despues de la cicatrizacion de la herida, que se desenvuelve en la conjuntiva, entre el párpado inferior y el emisferio inferior del bulbo una escrescencia fungosa que separa estas partes. Esta escrescencia es el resultado de la excesiva dilatacion que la conjuntiva ha experimentado mientras que el globo del ojo ha estado fuera de su lugar. Sea como quiera, sino se remedia prontamente este accidente el *ectropion* es inevitable. Cuando el desórden no es muy grave, los colirios astringentes compuestos con parte de alumbre, consiguen el efecto deseado. Mas si la escrescencia se manifiesta rebelde á estos medios, es preciso quitarla con el bisturí, esto es con la misma operacion que hemos descrito hablando del *ectropion*. En cuanto al relajamiento del párpado superior que es consecuente á esta afeccion, cede constantemente á la administracion repetida de baños locales astringentes y espirituosos.

Luego que el globo del ojo ha vuelto á tomar el lugar que debe ocupar, el nervio optico adquiere en gran parte la energia que habia perdido por el es-

ceso de dilatacion que ha sufrido; la facultad de ver se mejora sensiblemente, y los que creian haberla perdido del todo y sin esperanza de recuperarla, les queda aun un tanto sensible á la impresion de la luz.

He dicho ya que los tumores enkistados, que son el objeto de este capítulo, rara vez se desarrollan lo bastante en el interior de la orbita, para empujar directamente el globo del ojo fuera de esta cavidad, sin que se manifieste alguna señal que anuncie tan gran desorden. Spry (1) refiere con este motivo un hecho bien circunstanciado y digno de fijar la atencion de los prácticos. Lo transcribo en pocas palabras para ofrecerlo á la meditacion de los médicos jóvenes.

Una muchacha se quejaba de un dolor continuo en el ojo izquierdo y en la sien del mismo lado; su vista se debilitaba sensiblemente. Ella creia tener este ojo mayor que el otro aunque estaban perfectamente iguales; la conjuntiva aun no estaba rubicunda; sin embargo la córnea habia perdido algo de su transparencia, y la pupila estaba un tanto mas dilatada que en su estado natural. Las evacuaciones de sangre, los purgantes con el colomelano, los vegigatorios, el sedal, varios colirios y la sangría de la temporal, todo fué inútil. Algunos meses despues de la invasion del dolor, la conjuntiva fué acometida de inflamacion y la córnea se volvió enteramente opaca. Entonces el dolor aumentò considerablemente; las escarificaciones lo disminuyeron un poco. Diez meses despues, contando desde esta época, se manifestó sobre la superficie anterior del globo del ojo una fungosidad cuyo volumen luego pasó mas allá de los párpados. Habiendo sido clasificada esta fungosidad como cancerosa,

(1) *Philos. transact.*, an. 1749. part. II.

se propuso la estirpacion del ojo , que fué ejecutada sin dilacion.

Cuando la oja del bisturí hubo penetrado à una cierta profundidad, entre la arcada superior de la órbita y el globo del ojo, saliò con impetu una enorme cantidad de serosidad puriforme, y la carnosidad que se habia creido cancerosa se redujo considerablemente. Continuando la operacion, se descubrió un kiste situado en el fondo de la fosa orbitaria. Esta circunstancia inesperada, en nada hizo cambiar el plan de la operacion, se estirpó el ojo con una porcion muy grande de kiste y el resto fué arrastrado por la supuracion. La curacion en el espacio de un mes quedò perfecta. Desde entonces esta muger ha disfrutado de una completa salud, no habiendo experimentado ninguna recaida de una afeccion que sin razon se habia considerado cancerosa.

Examinado despues de la operacion el ojo estirpado, se manifestaba un tanto mas volúminoso que el otro; el humor aquëo estaba turbio, el cristalino menos consistente y trasparente que el del ojo sano; el cuerpo vítreo enteramente disuelto. El kiste consistente y elástico igualaba al tamaño de un huevo de gallina. (1) Los tumores enkistados de que acabamos de hablar no son lo unicos capaces de ocasionar la salida del globo del ojo de la órbita; en algunos casos raros, es verdad, se han hallado tumores llenos de sangre arterial, agitados de pulsaciones, en una palabra presentando todos los caracteres de un aneurisma. Travers (2) es, sino me engaño, el primero que nos ha dado la descripcion de esta especie de tumores.

(1) Véase sobre este asunto á Saint-Yves capítulo 21. *Hope, Phil. transact.* año 1744. *Bronfield Med. observat. and inquiries*, vol IV *Barnés. Medico Chirurg transactions* vol IV.

(2) *Méd.-Chirurg. transactions*, vol II p. 1

El sujeto de la observacion que nos refiere era una muger. El tumor parecia estar dividido en dos partes desiguales; la una superior, mas pequeña que la otra, ocupaba el ángulo interno de la órbita, era blanda, elástica, y dejaba percibir debajo del dedo una especie de temblor y de sonido muy particular; haciendo una compresion mas fuerte se sentian pulsaciones profundas. Las venas del párpado superior estaban varicosas, asi como las del costado de la nariz correspondiente al sitio de la enfermedad; la piel que cubria el saco lacrimal parecia levantada. En cuanto à la parte inferior del tumor era de una forma cónica que resistia al tacto; era fácil el hacerlo volver à entrar en la òrbita comprimiéndolo; pero entonces las pulsaciones aumentaban, y el globo del ojo comprimido contra las paredes òseas de la fosa orbitaria ocasionaba dolores intolerables. La compresion de las arterias temporal y maxilar esterna no produjo ningun buen resultado, pero con la de la carótida del lado enfermo cesaban casi enteramente las pulsaciones del tumor. *Travers* reflexionando sobre la inutilidad de todos los tópicos y de las aplicaciones refrigerantes probadas hasta aqui, y considerando al mismo tiempo que la ligadura de la carótida en la suposicion que ella no curase completamente la enfermedad, contribuiria ó lo menos sensiblemente à retardar los progresos, resolvió practicar esta operacion.

Apénas se habia concluído la ligadura, cuando la enferma dijo que sufría menos, y que ya no la atormentaba el zumbido que àntes espermentaba en la cabeza. En la parte superior del tumor siempre se percibia aquella especie de ruido de que ya hemos hablado; pero era sordo y profundo: el tercer dia aun era sensible, y si se empujaba con fuerza la porcion inferior del tumor, se distinguian las

pulsaciones como àntes. El quinto, el tumor se abajó un poco, y el ojo se manifestó menos saliente. Pero las ventajas de la operacion fueron mucho mas sensibles àcia últimos de la quinta semana: entónces la enferma ya no se resentia de aquellos dolores que por tanto tiempo habia sufrido. Cinco meses despues de la operacion, esta muger preñada de diez semanas, abortó: le sobrevino una hemorragia tan abundante que produjo síncope y una estrema debilidad; el dia siguiente de este accidente, el tumor de la òrbita estaba muy disminuido; sus pulsaciones habian desaparecido completamente, y el globo del ojo parecia menos saliente que los dias anteriores. La debilidad general duró por mucho tiempo, con motivo de las muchas y repetidas evacuaciones de sangre que la enferma depuso por las càmaras.

Dos años despues de la época que hablamos, solo quedaba de este tumor un pequeño cuesco del tamaño de un guisante grueso, situado en el ángulo interno de la fosa orbitaria.

Hodgson (1) dice que habiendo examinado la muger, objeto de esta observacion, cinco años despues de la ligadura de la carótida, no encontrò ninguna señal de la enfermedad. Añade, con razon, que en semejantes casos se facilitaria la curacion con las copiosas sangrías y una rigurosa dieta, pues que en el citado hecho la disminucion del tumor y el haber cesado completamente las pulsaciones sucedió repentinamente despues de las considerables evacuaciones de sangre por el ùtero é intestino recto. En efecto se observa generalmente en las aneurismas, que cuanto mas se disminuye el choque de la sangre arterial contra las paredes de la bolsa aneurismática, mas pronto se forma el cuajaron cortezudo que se opone à

(1) *Treatise on the diseases of arteries and veins* p. 446.

los progresos ulteriores del tumor, cuajaron que la absorcion hace en seguida desaparecer igualmente que el tumor. Mas este medio es particularmente útil en el caso de que se trata, pues que los ramos de la carótida ligados mantenian todavia una comunicacion libre y rápida con las del lado sano y con los vertebrales.

Dalrympe (1) refiere la historia de una observacion igual en una muger preñada. El aneurisma se manifestó repentinamente por la noche en la fosa orbitaria izquierda; dió lugar à dolores atroces durante toda la preñez, y despues del parto aumentó considerablemente. El globo del ojo fuera de la órbita, tenia los párpados vueltos; la vision estaba abolida; las venas cutáneas del rostro parecian tumefactas; quejándose continuamente la enferma de dolor en la cabeza, y de un zumbido igual al de la caída del agua. A la compresion de la carótida izquierda estos síntomas disminuian, y las pulsaciones en el tumor cesaban completamente. Dalrympe hizo la ligadura de esta arteria, y tuvo la satisfaccion de ver desaparecer enteramente el tumor en el espacio de ciento tres dias. Todos los síntomas arriba indicados siguieron la suerte de la enfermedad principal, sin exceptuar la ceguera.

Nota.

Ademas de los tumores pinguedinosos y sanguíneos hay otros que pueden desenvolverse en el interior de la órbita echando al ojo fuera de esta cavidad; tales entre otros son el cáncer, un exostosis.

(1) *Med. Chirurg. transsact*, vol VI.

Algunas ocasiones estas afecciones tienen su sitio primitivo en los senos maxilares; se han visto también tumores fungosos de la dura-madre producir el mismo efecto.

Cualquiera que sea la causa de la exophtalmía, los síntomas son poco mas ó menos los mismos; el ojo está lagrimoso y sujeto á inflamarse, se dirige adelante y empuja los párpados. En esta época la inflamacion es constante y el dolor se propaga hasta la cabeza. El volumen del ojo es ordinariamente tal como en el estado natural; la córnea, el iris, y la pupila conservan las mismas relaciones y las mismas disposiciones: esto es lo suficiente para distinguir el caso de que hablamos de la hydrophthalmia.

Mas estos síntomas se manifiestan con mucha lentitud pues que se reúnen á las afecciones esencialmente crónicas. Asi es que por lo general el diagnóstico es muy difícil; ¿Como se conocerá la naturaleza de un tumor inaccesible á los sentidos, despues de síntomas equívocos? Es casi imposible conseguir en vista de esto una entera certidumbre: se puede sin embargo llegar á un cierto grado de probabilidad. Si ecsisten síntomas de sífilis, debe suponerse un exostosis, si el enfermo presenta señales evidentes de la diátesis escrofulosa y principalmente de obstrucciones glandulosas, se puede considerar la existencia de un tumor de la misma especie en la fosa orbitaria. El Sr. Demours cuenta la historia de una señorita de once años, que probablemente tenia una exophtalmia procedente de esta última causa: el ojo izquierdo era una línea y media proeminente: desde su infancia tenia una predisposicion á la obstruccion del cuerpo thiroídeo, y su madre desde el primer parto padecía una papera.

Miéntas la exophtalmía es poco considerable, se limita generalmente la curacion á combatir los sínto-

mas de irritacion, y este es tambien el caso de intentar la administracion de remedios apropiados á la naturaleza del tumor sospechado. Pero si el mal continuase haciendo progresos, llega el caso en que es preciso practicar la estirpacion del ojo para remediar los accidentes de la enfermedad. Es fácil, despues de la estirpacion, reconocer la naturaleza del tumor: desgraciadamente no es siempre susceptible de curacion. Sea como fuere; el cirujano jamas se arrepentirà de seguir el consejo que le damos; pues que sino puede conservar la vida al enfermo, le queda à lo menos el consuelo de habérsela prolongado.

CAPITULO VII.

De la Amauròsis y de la Hemeralopia.

SCHMUKER y Richter han tratado de este asunto con tanta precision y claridad que bastaria añadir algunas reflexiones y algunos hechos para corroborar la doctrina de estos célebres prácticos, y facilitar la inteligencia à los médicos jóvenes.

La amauròsis es *perfecta ò imperfecta, antigua ó reciente, continua ó periódica.*

La amauròsis *perfecta y antigua* complicada de una lecion física del órgano inmediato de la vision, es absolutamente incurable. La amauròsis *imperfecta y reciente* y en especial cuando es periódica, regularmente es susceptible de curacion: en efecto comunmente es simpática de infartos gástricos y de primeras vias: ó bien el efecto de causas que aunque afecten el mismo ojo, pueden ser disipadas sin dejar ninguna señal de desorganizacion ni en el nervio óptico, ni en la retina.

Generalmente se pueden considerar incurables; i. e.

las amaurosis que cuentan ya muchos años en personas de avanzada edad que ya en su juventud tenían la vista débil: 2.º las formadas lentamente à consecuencia de una ecsaltacion de la sensibilidad general del ojo: 3.º aquellas en que la pupila sin forma, està inmovil sin estar muy dilatada, ó al contrario, de tal manera dilatada que simula la ausencia del iris, cuyos bordes son desiguales y como guarnecidos de franjas: 4.º aquellas donde el fondo del ojo independientemente de la opacidad del cristalino presenta una palidez no acostumbrada, parecida à la de la córnea, tirando algunas veces à verde y reberbera por la retina como por un vidrio de reflejo (1): 5.º las amaurosis acompañadas de dolor en toda la cabeza y de una sensacion continua ó periódica de tension incómoda en el globo del ojo: 6.º las que han sido precedidas de una fuerte y larga escitacion del sistema nervioso, de debilidad general, de languidez de todo el cuerpo y particularmente de los órganos digestivos, como en los hipocondriacos, despues del abuso de licores fuertes, de la masturbacion y del coito prematuro: 7.º las precedidas ó que estan acompañadas de ataques de epilepsia, ó de frecuentes emicráneas convulsivas: 8.º las amaurosis sobrevenidas à consecuencia de una optalmia interna, à primera vista con aumento de sensibilidad de la retina, despues con disminucion de esta misma propiedad, y lentitud en los movimientos del iris: 9.º las

(1) La retina de un ojo sano es trasparente, y véase aquí por que cualquiera que sea el grado de dilatacion de la pupila, el fondo del ojo es de un negro oscuro. Cuando la amaurosis pues vá acompañada de palidez, este sintoma indica bastante que se ha hecho un cambio notable en la misma sustancia del nervio óptico, cuya retina no es mas que una abertura. Todo conduce à creer que esta membrana es densa, y que ha perdido para siempre la propiedad de trasmitir al cérebro la impresion de los rayos luminosos. Sea lo que fuere de esta esplicacion, este sintoma es de los mas funestos.

amaurósis antiguas precedidas de golpes en la cabeza, en el globo del ojo (1), ò por una dislaceracion del nervio suborbitario (2), sea que el efecto se haya manifestado inmediatamente despues de la accion de la causa, ó algunas semanas despues de la cicatrizacion de la herida de la ceja: 10.º las que dependen de la presencia de un cuerpo estraño en el globo del ojo, v. g. perdigones etc. (3); 11.º las que provienen de la lue venerea confirmada, en las que la existencia de uno ó de muchos exostosis en la frente en los lados de la nariz ó en los maxilares, puede hacer sospechar la presencia del mismo vicio en el interior de la fosa orbitaria: 12.º las que se manifiestan en seguida de cefalalgias obstinadas, y que son ocasionadas por una acumulacion de serosidad en los ventrículos del cerebro, ò por un endurecimiento de los talamos ópticos: 13.º En fin las gotas serenas complicadas de una mutacion notable en la forma y en las dimensiones del globo del ojo; forma oval, volúmen escesivo ò muy disminuido etc. Estas amaurósis que acabamos de enumerar son sin duda las mismas que el sabio Juan tenia à la vista cuando dijo: *es buscar la piedra filosofal, el querer hallar remedios para curar la gota serena; esta enfermedad es absolutamente incurable.*

Al contrario las amaurósis recientes perfectas ò imperfectas, son casi siempre susceptibles de curacion, con tal que las causas que las han producido, no hayan alterado el tejido organico del nervio óptico ó

(1) Esto depende, me parece, menos de la forma y volúmen del cuerpo contundente, que de la fuerza y velocidad con que es arrojado, y de la misma naturaleza de la esclerótica que trasmite toda la violencia del choque que ha sufrido.

(2) De todas las amaurósis de este género ni siquiera sé una que haya sido curada, si se exceptua aquella de que habla *Vésale* en su disertacion 2. párrafo 11.

(3) *Nessi Instit de chirurg III, 282.*

de la retina. Tales son: 1.º aquellas en que el órgano de la vista no está del todo insensible à la luz: 2.º las que sobrevienen de repente, y en las que la pupila moderadamente dilatada conserva aun la regularidad de su disco, y el fondo del ojo su color natural: 3.º las que no han sido precedidas ni acompañadas de dolores fuertes de cabeza ni de cejas, ni aun de un sentimiento de constricción del globo del ojo: 4.º las amaurosis seguidas de un violento acceso de colera, de una profunda tristeza ó de un grande temor: 5.º aquellas que dependen de infartos de las primeras vias, de una plétora universal ó local de cabeza; de la supresión de una afección sanguínea habitual por la nariz, el útero, y los vasos hemorroidales: 6.º las procedentes de una metástasis variolosa, reumática, gotosa, artrítica etc. 7.º Las que dependen de una debilidad nerviosa no inveterada, y en sujetos aun jóvenes: 8.º las que son precedidas por convulsiones, y por los esfuerzos de un parto laborioso: 9.º las que se manifiestan durante el curso ó al fin de las calenturas agudas ó de intermitentes: 10.º en fin las amaurosis recientes periódicas, esto es que repiten regularmente todos los dias, cada dos ó tres, todos los meses, todos los años.

Examinando con cuidado la naturaleza y causas de la amaurosis imperfecta: repasando las observaciones de Schmuker y Richter, me he convencido que esta enfermedad frecuentemente depende de infartos en los órganos digestivos, ó de la presencia de lombrices en los intestinos (principalmente en los niños), afecciones que ya son simples, ó ya complicadas de una debilidad nerviosa general en la que toman parte los ojos. De lo dicho se deduce que en los mas de los casos la principal indicación curativa consiste en deterger el estómago, y arrojar las lombrices de los intestinos; en una palabra librar los

òrganos digestivos de las causas de irritacion que encierran; en seguida se procura fortificar estos òrganos facilitar la digestion y reanimar el tono del sistema nervioso en general, y el de los ojos en particular.

A la verdad ignoramos los procederes que emplea la naturaleza para establecer relaciones de conexiòn entre òrganos mas ó ménos separados unos de otros; mas si las causas nos son desconocidas, no podemos dudar de los efectos. Es cierto que existen fenómenos simpáticos entre el estòmago y la cabeza; en efecto si se ponen ciertas sustancias venenosas en contacto con el primero de los òrganos, resultan vértigos, debilidad de la vista, y aun la ceguera; lo que prueba bien el punto de partida de estos fenómenos es, que desaparecen tan luego como estas sustancias dejan de estar en contacto con el ventrículo. No solamente pues no es inverosímil, sino que la esperiencia prueba que pueden desenvolverse espontaneamente en el tubo digestivo estimulantes susceptibles de obrar sobre los ojos, produciendo los efectos de que hablamos.

En cuanto à la curacion de la amauròsis imperfecta, los eméticos y los revulsivos internos convienen perfectamente en el primer período. Entre los eméticos, la esperiencia ha señalado el tartàro estiviado por ser la preparacion que merece la primacia entre los demas medicamentos de la misma clase; ha manifestado igualmente que este medicamento tomado en pequeñas dòsis es un excelente disolvente, cuya accion se puede aumentar arbitrariamente combinándolo con las sustancias gumosas y javonosas. Asi en muchísimas ocasiones à la amauròsis imperfecta, por repetirlo todavia, siendo simpática de infartos en primeras vias, conviene hacer disolver tres granos de tartàro estiviado en cuatro onzas de agua; de cuya disolucion el enfermo tomarà una cucharada cada media hora hasta que se manifiesten náuseas y vòmitos abundantes. El

dia siguiente secundará al emético unos polvos resolutivos compuestos con una onza de cremor tartàro (tartrite acidulo de potasa) y un grano de tartàro estiviado, dividido en seis partes iguales: el enfermo tomará una por la mañana, la segunda cuatro horas despues, y à la tarde la tercera durante ocho ò diez dias consecutivos. Este remedio escita nàuseas y algunas deposiciones, y aun vomitos despues de algunos dias. Si durante el uso de estos polvos el enfermo experimentase nàuseas sin poder vomitar, si hay amargor de boca, inapetencia, y si el estado de la vista no experimenta ningun cambio favorable, es preciso repetir la administracion del émético dos, tres, ó cuatro veces mas ò menos segun el amargor de la boca, la tension de los hipocondrios los eruptos y las nàuseas. Pues no es raro que el primer emético solo haga evacuar el agua mezclada con un poco de serosidad, miéntras que si se repite algunos dias despues el uso de los polvos resolutivos, hacen verter una considerable cantidad de materias amarillas y verdosas, con notable alivio del estómago, de la cabeza, y de los ojos.

La amauròsis imperfecta depende tambien algunas veces de la presencia de las lombrices en primeras vias observàndose esto principalmente en los niños. Conócese que es producida por esta causa por los síntomas siguientes: palidez amarillenta y ligera hinchazon de la cara, elevacion del vientre, cefalalgia ò pesadez de cabeza, nàuseas, aliento fétido, prurito continuo en las narices y en la garganta, sueño inquieto é interrumpido por movimientos espasmodicos de los músculos de la cara y ojos, estrema dilatacion de la pupila, espulsion de algunas lombrices. Para curar esta especie de amauròsis està claro que es preciso recurrir à los antielmínticos. De todos los remedios de esta clase, el mas eficaz en mi entender es la carolina de córcega con tal que sea de buena calidad, que es

bien raro entre los farmacéuticos. Cuando no puedo proporcionarme esta sustancia, tengo la costumbre de sustituirla por los polvos de semen contra; pero en mas alta dosis que no se prescribe comunmente (1). La del musgo de córcega, es de una dracma y media para un niño de seis años, haciéndola macerar durante una noche en seis onzas de agua; la mañana siguiente se hace hervir hasta la reduccion de la sexta parte; se cuele y se añade una cucharada de azucar. Esta decoccion se toma en ayunas. En defecto de este medio, me sirvo segun acabo de decir del semen contra á la dosis de media onza que la incorporò con una gran cantidad de miel para hacer un electuario: esta sustancia debe tomarse igualmente en ayunas. Se repiten uno y otro de estos medios durante algunos dias hasta que las deposiciones no contengan lombrices, y la amaurosis se disipa como por encanto.

Vuelvo á la gota serena procedente de la debilidad y ocupacion del estómago. Se hará tomar al enfermo las píldoras de Schmuker (2), ò las de Richter (3) si es

(1) Para la administracion de este remedio es preciso sin embargo no perder de vista la accion estimulante que ejerce sobre nuestros órganos; dado en pequeñas dósís, esta accion se concentra en el aparato gástrico cuya vitalidad desarrolla, pero en dósís mas altas estiende á todos los sistemas su poder escitante. Berovius vió determinar la evacuacion menstrual á una jóven de diez años á la que ordenó esta produccion medicinal como vermífuga. El práctico no debe olvidar que si bien ella obra sobre las lombrices que existen en el canal alimenticio, ataca al mismo tiempo su tejido cuya vitalidad exitará aumentando la irritacion que existia en cualquier punto del tubo intestinal. (El traductor español.)

(2) R. Gum. sagapen.
Gum. galvan. et. . . } a a drac. unam.
Sap. venet. }
Rhei. opt... drac. unam et semis.
tart. emet... grana XVI.
Suc. Liquirit... draemam unam.
F. pilul. gran. unius.

Tomará el enfermo quince de estas píldoras pequeñas mañana y tarde por espacio de cuatro ó seis semanas.

(3) R Gum. amoniac. }
Assefoetid. . . . }
Sap. venet. . . . } a a dragm. duas.
Rad. valer S. P. }
Summit arnicæ }
Tart. emet... gran. XVIII.
F. pilulæ granarum duorum.

El enfermo tomará quince de estas píldoras pequeñas tres veces al dia por el espacio de algunas semanas.

que el vòmito unicamente haya producido un alivio incompleto. Los efectos de estas píldoras no son dudosos: comunmente despues que el enfermo ha vomitado, experimenta una calma general, una sensacion de comodidad que no experimentaba antes. Algunas veces el mismo dia de la administracion del emético, empieza à distinguir los perfiles de los objetos; otras no recobra esta facultad hasta el quinto séptimo ó décimo dia y en algunas ocasiones muchas semanas despues del empleo del vomitivo, y del uso no interrumpido de los polvos ó píldoras resolutivas. Luego que la vista empieza à restablecerse, la dilatacion de la pupila disminuye, el iris se contrae de un modo mas sensible à la luz de una vela; en fin la contraccion y movilidad de esta membrana sigue exactamente el restablecimiento de la vista. En general es raro que la curacion sea completa antes de un mes: es preciso pues no dejar de continuar el uso de los tópicos propios para restablecer directamente la accion debilitada de los nervios del ojo.

Cuando se està casi cierto de que las primeras viás estàn perfectamente libres; en especial cuando el enfermo ha recobrado en gran parte la facultad de ver, es preciso, digo, fortificar los òrganos digestivos, y reanimar las funciones del sistema nervioso en general, y las del nervio òptico en particular. Al efecto se prescribe la mezcla de una onza de polvos de quinina y media de raiz de valeriana dividida en seis partes iguales. El enfermo tomarà dos al dia, una por la mañana y otra por la tarde con un veículo apropiado, continuando el uso de este remedio por el espacio de cinco semanas à lo menos; al mismo tiempo se alimentará de carnes frescas y succulentas, de caldos temperantes, beberà el vino con moderacion y hará algun ejercicio de cuerpo en un aire saludable.

Para reanimar la accion debilitada de los nervios del órgano enfermo, se le sujeta à los vapores amoniacaes. Se acerca un frasquito lleno de amoniaco muy inmediato al ojo para que el vapor en poco tiempo excite sobre la conjuntiva una comezon bastante viva y un làgrimeo abundante. Entonces es preciso suspender este medio, y repetirlo tres ó cuatro horas despues, siguiendo asi hasta la entera curacion de la amaurosís. Parece inútil advertir que si ambos ojos estàn afectados de esta enfermedad, es preciso tener dos pequeños vasos ò redomitas, ò bien usando de uno solo es indispensable el acercarlo alternativamente del uno al otro ojo hasta que los dos presenten síntomas evidentes de una irritacion bastante viva. Para que el espíritu de la sal amoniaco conserve toda su actividad se renovará cada tres dias. Este tóxico es muy útil; es preciso recurrir à él desde el principio de la enfermedad, ò inmediatamente despues de la administracion del emético, y continuarlo mucho tiempo aun despues del restablecimiento de la vista. Thilen (1), entre otros, nos asegura haber empleado este medio con buen éxito en los casos de que hablamos.

La accion de los vapores amoniacaes en los ojos puede ser sostenida por otros estimulantes esternos, aplicados mas ó menos léjos de los órganos enfermos, ó en las partes que estrechamente simpatizan con ellos, tales como el vegigatorio à la nuca, frotaciones sobre las cejas con el licor anodino, la irritacion de la membrana pituitaria por medio de polvos esternutatorios compuestos de dos granos de turbith mineral, (sulphate amarillo de mercurío) y un escrúpulo de ojas de betonia. La electricidad ha sido propuesta como uno de los principales medios curativos de la amaurosís,

(1) *Medicinische und chirurgische Bemerkungen* par. Amaurosís.

peró la esperiencia ha manifestado que solo debe considerarse este medio como secundario y el cirujano Hey (1), uno de los mas celosos partidarios de esta práctica, confiesa ingenuamente que la electricidad solo obra bien en los casos de amaurosis reciente; y aun es preciso hacer concurrir al mismo fin el uso de los remedios internos apropiados, entre los cuales los resolutivos ocupan el primer lugar.

Generalmente se ha considerado siempre la quina como el remedio específico de la gota serena *periódica*; pero la esperiencia ha manifestado que este remedio, tan precioso en las calenturas intermitentes y en otras afecciones periódicas, lejos de ser saludable en la amaurosis es nocivo, pues que hace mas frecuentes y largos sus paroxismos. Al contrario esta especie de ceguera cede con bastante prontitud à los eméticos, luego à los resolutivos internos, y finalmente à los corroborantes, y aun à la corteza peruviana àntes inútil y peligrosa.

De todos los métodos de curacion relativos à la amaurosis, el que acabamos de esponer es el mas feliz; esto fácilmente se concibe supuesto que la causa morbífica comunmente depende del mal estado de los órganos digestivos. Pero por frecuente que sea esta causa, no es la única; hay otras que pueden concurrir à la produccion de la misma enfermedad, y que modifican mas ó menos su curacion. Tal es la amaurosis que se manifiesta repentinamente de resultas de una fuerte insolacion, ó por un violento acceso de cólera en sujetos pletóricos. Esta especie, ante todo, pide las sangrias generales y locales, fomentos frios en los ojos y en particular en la cabeza; solo despues de esto es cuando puede prescribirse el emético y los purgantes. Schmuker cuenta que en muchas ocasiones ha lo-

(1) *Medic. observ. and. inquires* vol. V. p. 26.

grado las mayores ventajas, con las sangrías y los vomitivos, para volver la vista à los soldados que la habian perdido con motivo de las marchas forzadas que hacian en dias muy calorosos, y sobrecargados de pesadas mochilas. El emético es tanto mas indicado despues de las evacuaciones sanguineas, en la amaurosis que se manifiesta inmediatamente despues de un acceso de cólera, en la que los enfermos se quejan de amargor de boca, tension en los hipocondrios y continuas náuseas. Richter cuenta la historia de un eclesiástico que perdió la vista en un acceso de cólera (1); presentando este enfermo señales evidentes de una ocupacion gástrica, Richter le hizo tomar un emético el dia despues del accidente, y la vista se restableció el mismo dia de la administracion del vomitivo.

Con respecto à la curacion de la amaurosis producida por la supresion repentina del flujo menstrual, es claro que àntes de recurrir al emético, es preciso tratar de llamar el movimiento flucionario àcia el útero por la aplicacion de sanguijuelas en la cara interna de los grandes labios y por los baños de pies. Solo despues de haber satisfecho esta primera indicacion es cuando se debe pasar à la administracion del emético, las pildoras resolutivas de Schmuker ó de Richter de las que ya hemos hablado, las de Bekker ó otras análogas, tal como las compuestas con un grano de àloes dos de mirra y dos de azafran. Si estos medios no bastan para llamar el flujo menstrual, puede probarse la corriente eléctrica, dirigiéndola desde los hijares por medio del bacinete en todas direcciones, y

(1) En los dias borrascosos de la revolucion de Francia, fue prontamente denunciado y encarcelado el célebre Desoult: pero puesto en libertad por los esfuerzos de sus amigos, acometiò á su denunciador un acceso tan violento de cólera que en el mismo instante cegó del ojo izquierdo, y à las veinte y cuatro horas el derecho sufrió igual suerte. (El traductor español.)

de allí à los muslos y à los pies. No hay que perder la esperanza de que tengan un feliz resultado, aunque los buenos efectos de este medio sean al parecer lentos, pues la observacion clínica me ha enseñado que la electricidad es uno de los medios mas poderosos que el arte posee tanto para llamar como para acelerar el curso de la sangre menstrual.

Igualmente es evidente que en la amaurosis ocasionada por la supresion de un flujo hemorroydal habitual, sobre todo cuando hay tension de hypocondrios, cuando existe una congestion sanguínea àcia la cabeza y ojos, dificultad de respirar, crudezas de estómago; digo, que es indispensable hacer preceder la administracion del emético, la aplicacion de las sanguijuelas à los vasos hemorroydales, y los fomentos calientes en el mismo parage, para obtener por este conducto una abundante efusion de sangre. En seguida puede recurrirse al emético, à las pildoras de Schmu-ker, ò en defecto de estas à las aloéticas.

En virtud del mismo principio, en la curacion de la gota serena recientemente producida por una metastasis variolosa, rehumática, herpética, gotosa, ò por la supresion de una erupcion de la cabeza, es preciso procurar desviar de los ojos el principio morbífico, aplicando un vegigatorio ó un sedal à la nuca, ó cualquier otro epispástico en los brazos manos ò pies; sin olvidar el destruir los principios morbíficos fijados en el estomago. Pero cuando la gota serena depende de la supresion de una erupcion cutánea de la cabeza ó de una erupcion herpética, despues de la administracion del emético se prescribe con mucha utilidad el uso interno del vino antimonial de Huxam con el extracto de aconito; este mismo extracto con el mercurio dulce, el azufre dorado de antimonio á dosis fractas; el kermes mineral; la decocion de los leños sudoríficos, y los baños tibios.

La curacion de la amaurosís que se manifiesta de resultas de una calentura mal clasificada, ó bien que proviene de un exeso de tristeza, de un grande sobresalto, de evacuaciones sanguíneas inmoderadas, de profundas meditaciones, de una aplicacion forzada de los ojos sobre objetos muy minuciosos ó muy brillantes: esta curacion, digo, en nada se diferencia ó dista muy poco de la que hasta aqui hemos espuesto; el objeto esencial es desembarazar el estómago de los materiales que puede contener, y fortificar sucesivamente el sistema nervioso en general y el de los ojos en particular.

En efecto nadie duda que en las amaurosís que subsiguen á las calenturas mal tratadas, la atencion del médico debe desde luego fijarse sobre el estado de los órganos digestivos, pues presentan los enfermos todos los síntomas de una ocupacion en las primeras vias. La cara pàlida y abotagada, el apetito es ninguno ó depravado, la digestion lenta, boca amarga, sueño turbado, el vientre meteorizado. etc. En este estado pues de cosas, nada es mas propio para restablecer la vista, que el uso del emético y de las pil-doras resolutivas, despues el de la quinquina, el de los amargos, y de los mercuriales tomados interiormente (1). Los vapores amoniacales son convenientes al exterior.

La tristeza y el temor ejercen en algun modo, una accion directa y simultànea sobre los nervios de los ojos y en los de los órganos digestivos. Las funciones de estos se desarreglan; se acumulan materias saburrales en su interior; estas materias obran sobre el sistema nervioso en general, y particularmente sobre el de los nervios de los ojos los que entorpece. Asi si ocurre algun caso de gota serena en que el emético sea indi-

(1) Véase Haller, *opúsculos pathol. obser.* 16.

cado como uno de los principales medios curativos, es seguramente el de que hablamos en este momento. Después de la acción del emético y de las pildoras resolutivas, se completa la curación con la quinquina unida á la raíz de la valeriana, las fumigaciones amoniales, alimentos nutritivos y de fácil digestión. Los enfermos deben distraerse, ocupándose en cosas agradables, y hará un moderado ejercicio. Se ha observado que la amaurosis ocasionada por el temor exige el uso mas prolongado de estos medios que no la que proviene de una grande tristeza.

La amaurosis incompleta por debilidad nerviosa esto es la que se manifiesta de resulta de hemorragias abundantes, convulsiones por *inanición* por una larga y profunda aplicación al estudio, en especial con luz artificial; es mas bien una debilidad de los órganos de la vista, que no una amaurosis; debilidad producida por un cansancio de los nervios en general, y en especial de los que entran en la composición de estos órganos. Sea como quiera, cuando esta afección es reciente, y ataca á sujetos jóvenes, cede en todo ó en parte al uso del ruibarbo administrado en pequeñas y repetidas dosis, y al de los tónicos ó de los cordiales; es inútil advertir que es preciso apartar al enfermo de la acción de las causas debilitantes del sistema nervioso, supuesto que estas mismas son las que le han privado de la facultad de ver. En este caso como en el precedente, purgado el estómago, se prescribe con mucha utilidad la decocción de la quinquina y de la valeriana, una infusión de cacia á la que se le añade algunas gotas de éter sulphúrico á cada toma, una dieta animal fácil de digerir y el caldo de vivora. En cuanto á las aplicaciones locales, generalmente los vapores aromáticos y espirituosos indicados en el capítulo de la optalmía son de mucha utilidad; y si son insuficientes se reemplazan por los

amoniacales. El enfermo procurará el ejercicio sea à pié, à caballo, ó en coche à un aire seco y saludable; haciendo en el verano uso de los baños de mar. Se abstendrá en lo posible de todo negocio importante, igualmente que de fijar la vista sobre cuerpos muy pequeños ó demasiado brillantes (1); à medida que el sistema nervioso recobrarà la fuerza y energía, su vista se restablecerá con la misma progresion. Para conservar y proteger este restablecimiento no hay mejor medio que escitar constantemente los òrganos de la digestion, y moderar la impresion de la luz sobre el òrgano inmediato à la vista, lo que se consigue no esponiéndose jamas à una luz viva sin el socorro de anteojos cuyos vidrios sean chatos y verdes.

La *Hemeralopia* ó *ceguera nocturna* propiamente no es mas que una *amauròsis imperfecta periodica* y frecuentemente simpática del estado del estómago, con la particularidad de manifestarse paroximos àcia la tarde para disiparse por la mañana. Esta afeccion en algunos paises es endémica, y en otros epidémica en ciertas estaciones del año.

Los que padecen esta enfermedad, ven al anochecer los objetos cubiertos de un velo pardo que insen-

(1) Sucede algunas veces en este caso, que los enfermos no pueden mirar con ambos ojos ni aun con uno solo un objeto que este muy cerca, sin sentirse bastante incomodados, al paso que no experimentan ninguna especie de fatiga mirando un objeto apartado. Cuando la dificultad de ver un objeto aproximado no existe mas que de un solo lado vá acompañada del estrabismo, de modo que resulta la vision doble. Esto es efecto de la debilidad de los músculos de los ojos que hace que los enfermos no puedan colocar convenientemente el globo de sus ojos relativamente à los objetos que estan muy arrimados, ó à lo ménos no pueden permanecer largo tiempo en esta posicion. Cuando pues esta debilidad no existe mas que en los músculos de un solo ojo, hallándose este en la imposibilidad de obrar de concierto con su compañero, se afecta necesariamente de estrabismo. Los tónicos generales y locales ya indicados, y el evitar el fatigar los músculos de los ojos, es lo que remedia este accidente. En fin si la debilidad solo ocupa uno de estos òrganos, es indispensable tenerlo cubierto por algun tiempo.

siblemente degenera en una nube espesa y que se interpone entre los ojos y los objetos que los rodean. Los hemeralopes tienen noche y dia la pupila mas dilatada y menos movible de lo que no se observa en personas cuyos ojos están perfectamente sanos; con todo en los mas de los enfermos està mas ò ménos movible durante el dia, pero siempre dilatada é inmóvil por la noche. Colocados en un aposento debilmente iluminado por una vela, con la que sin embargo que los demas ven lo suficiente, los hemeralopes no perciben ningun objeto ó lo perciven muy poco, distinguiendo solamente la luz de las tinieblas; viendo aun ménos con la claridad de la luna. Pero luego que aclara el dia recuperan la vision que conservan en toda su plenitud hasta al anochecer.

Comunmente la ceguera nocturna es curable y por lo regular en poco tiempo, à beneficio de los mismos medios que disipan la amaurosis incompleta; los eméticos, los polvos y píldoras resolutivas, el vegigatorio à la nuca, los vapores amoniacales, y al último de la curacion la decoccion de la quinquina unida à la valeriana. Si la enfermedad ha sido precedida de plétora ó de la supresion de la transpiracion, se añaden las evacuaciones sanguíneas y el uso de los sudoríficos.

Con este método he logrado curar tres sujetos acometidos de esta enfermedad. El primero era un niño de catorce años, que inútilmente habia usado por muchas semanas, las fumigaciones de higado de carnero cocido; el segundo era un barquero, y el tercero un aldeano de nuestras riveras vecinas. Estos dos últimos tenian de treinta à cuarenta años; estaban flacos; su cara estaba abotagada y amarilla. El de la primera observacion, despues de haber vomitado copiosamente por medio de un grano y medio de tárta-ro estiviado disuelto en cuatro onzas de agua, que consumiò en el espacio de tres horas, hizo uso en los

siguientes dias de los polvos resolutivos ya indicados. Estos le ocasionaron náuseas y dos ó tres deposiciones copiosas cada veinte y cuatro horas. La tarde del quinto dia, à la débil luz de una linterna, empezó à distinguir los objetos que le rodeaban. Desde el mismo dia de la administracion del emético empezó el uso de los vapores amoniacales, continuándolo hasta el décimo sexto, época en que quedó perfectamente curado. El barquero vomitó en tres veces una considerable cantidad de materias amarillas y verdes; usando en seguida de los polvos resolutivos que le hicieron vomitar tambien el tercer dia: en fin, cada cuatro horas espuso con regla sus ojos à los vapores amoniacales. El dia oncenno fué cuando empezó à discernir los objetos por la noche à la luz de una vela. El tercer enfermo vomitó abundantemente una sola vez; pero estuvo atormentado de frecuentes náuseas producidas por los polvos resolutivos que usó por el espacio de nueve dias consecutivos, haciendo diariamente una copiosa deposicion de materias verdosas. Desde el principio este enfermo adoptó igualmente el uso de los vapores amoniacales y la vista empezó à restablecerse por la noche del dia catorce. En este momento la curacion hizo diariamente nuevos progresos, y fué desde luego completa. Acia al fin de la curacion hice tomar à estos tres enfermos una decoccion de quinquina y de raiz de valeriana.

Pero la curacion mas pronta fué la de Mauricio Benini, labrador robusto, de edad 24 años. En el mes de marzo empezó este hombre à observar que al anochechar distinguia los objetos con mucho trabajo. Esta indisposicion creció hasta tal punto que à principios de mayo casi estaba enteramente ciego: entrò en el hospital el 10 del mismo mes; lo examiné al medio dia, y reconocí que la pupila estaba muy dilatada y casi inmóvil; repetí el mismo exàmen por la tarde,

y adquirí la certidumbre de que el enfermo no veía. Se quejaba de amargor de boca, pesadez de cabeza, y la lengua estaba sucia. El 11 de mayo le prescribí un emético que no produjo todo el efecto que se debía esperar; creí pues debía propinarle otro mas activo el dia siguiente; estaba compuesto de una dracma y media de ipepacuana y dos granos de tartrite antimonial de potasa. Este produjo vómitos muy abundantes de materias amarillas y verdes; casi desde luego el dolor de cabeza disminuyó y desapareció el amargor de boca, la pupila se constriñó un tanto, y manifestó alguna movilidad à la presencia de una viva luz. Se empezó entonces el uso de los vapores amoniacales; en la tarde del mismo dia la vista se mejoró. El 13 se suspendió todo remedio, ménos los vapores. El 14 el enfermo se quejaba nuevamente de amargor de boca, y la lengua se puso cenagosa. Le ordené los polvos resolutivos de tres en tres horas; produjeron náuseas y deposiciones copiosas y frecuentes. El 15 continuacion de vapores; à la tarde el enfermo distinguió bastante bien los objetos que se le presentaron. El 16 todas las señales del infarto gástrico se desvanecieron, y la pupila adquirió toda la movilidad de que disfruta en las personas sanas. El 17 Bonini salió del hospital perfectamente curado.

Los médicos antiguos han recomendado particularmente contra la hemeralopia, las fumigaciones del hígado de carnero asado dirigidas à los ojos por medio de un embudo; aconsejan tambien comer el hígado de este animal preparado del mismo modo. Este remedio disfruta todavia de alguna celebridad en este pais, no solo entre el pueblo sino tambien entre los profesores. Hay aun autores que pretenden que este medio tiene los mejores resultados entre los chinos que están, segun se dice, muy sujetos à la enferme-

dad en cuestion. No poseo una sola observacion que pueda citar á favor de esta práctica cuya escelencia podrá parecer dudosa despues de la historia del niño que acabamos de referir, si fuese permitido sacar una consecuencia general de un hecho particular. Sea como quiera si la eficacia de este remedio es real, la medicina podrá lisongearse de tener dos medios en lugar de uno para la curacion de la hemeralopia ò ceguera nocturna (1). Celso dice, en el capitulo de la Midriasis. *Quidam sine ulla manifesta causa subito obcaecati sunt. Ex quibus non nulli cum aliquandiu nihil vidissent repentina profusione albi lumen receperunt. Quo minus alienum videtur, et recenti re, et interposito tempore, medicamentis quoque moliri dejecciones,* (2) Estas palabras se aplican, segun me parece, no solo á la curacion de la dilatacion de la pupila, si-

(1) Un soldado veterano propuso á sus camaradas el remedio que voy á describir, cuando en 1762 hubo gran número de ciegos de noche en Strasburgo. Los soldados hacian cocer un pedazo de hígado de buey de peso de media libra en una vasija nueva de barro vidriada y capaz para contener cuatro libras de agua. Cuando el hígado estaba cocido en estado de comer, y que el vapor estaba á un calor soportable, metian la vasija en la cama, é inclinando la cabeza muy cerca, se hacian cubrir por encima de modo que quedaban exactamente encerrados juntamente con la vasija. Permanecian así hasta que este caldo no producía ningun vapor, ó que la dificultad de respirar les obligaba á salir de allí. Generalmente una sola aplicacion bastaba para la curacion radical. He visto soldados preocupados que se obstinaban en no hacer nada durante tres semanas; yo mismo lo he sufrido algunas veces á fin de saber si el remedio era tan eficaz para una enfermedad antigua como para una reciente. No he observado la menor diferencia; y en la actualidad que creo haber hecho todas las pruebas necesarias á mi conviccion, hago observar forzosamente la misma curacion á esta enfermedad cuando llegó á tener conocimiento de ella. No designaré los nombres de los que se han curado de este modo. Existen en el dia en el regimiento mas de doscientos cincuenta hombres curados con este método y particularmente mas de sesenta á últimos de marzo y á primeros de abril último (Dupont *memorias sobre la gota serena nocturna epidémica, ó nyctalopie.*)

(2) De *medicine* lib. VI. cap. 37.

no tambien à la de la amaurosís imperfecta que se manifiesta repentinamente: ellas merecen fijar la atencion de los prácticos.

La opinion de Celso de que hay enfermos afectados de amaurosís reciente, que recobran repentinamente la vista de resultas de una diarrea sobrevenida espontaneamente, me parece adquiere un nuevo grado de certidumbre con la observacion del Dr. Pye. (1) Un hombre de edad de 40 años habia dos meses padecia una amaurosís periódica, que durante un cierto tiempo repetia comunmente todas las tardes de un modo irregular y con intervalos desiguales. La pupila estaba muy dilatada, y la oscuridad de la vista era tal à la entrada de la noche, que el enfermo no distinguia la luz de una vela. En este estado fué acometido de una diarrea. El Dr. Pye le ordenó por espacio de ocho dias consecutivos una pocion en la que entraba la sal de agenjos; en seguida le prescribió un electuario compuesto con la quinquina, la nuez moscada, y el jarave de corteza de naranja, añadiendo estas dos últimas sustancias à la primera, con motivo de la diarrea. Dos dias despues aumentò la diarrea y el enfermo vomitò abundantemente y recobró luego la vista, de manera que veia lo mismo de dia que de noche. La diarrea continuó, y se suspendió el electuario despues de haberlo usado dos dias. Al flujo de vientre se le juntó una calentura bastante fuerte; y es notable que en lo violento de la accesion el enfermo quedó un tanto sordo, pero sin perder jamas la vista ni de dia ni de noche. El Dr. Pye no nos indica los medios que empleó para moderar la calentura, pero si dice que fue fatal para el enfermo. Sea lo que fuere lo que hay de cierto é importante para saber es, que la diarrea hizo desaparecer la gota serena. No

(1) *Med. observ. and. inquiries*, vol. 3.º art. 13.

dudo que la recopilacion de observaciones contendrán muchos hechos análogos, esto es, hechos propios para demostrar la influencia de los estimulantes del tubo digestivo sobre los órganos de la vista, y por consiguiente la utilidad de las diarreas espontáneas para la curacion de la amaurosis incompleta.

Pero aun cuando los ejemplos de amaurosis curadas por la aparicion espontánea de un vómito ó de una diarrea fuesen raros, tenemos tantas observaciones que prueban la eficacia de los eméticos y de los resolutivos en esta enfermedad, que seria una preocupacion el dudar de la exactitud de este precepto. *Quo minus alienum videtur, et resenti re, et interposito tempore, medicamentis quoque moliri dejecciones, que omnem noxiam materiam per inferiora depellant.* Finalmente las observaciones de Schmuker y de Richter son muy numerosas y bastante satisfactorias para convencernos de la veracidad de estas palabras; pero tendríamos aun mas confianza en el método curativo que acabamos de trazar, si hiciésemos atencion á que los mas célebres prácticos de la antigüedad, solo con los eméticos y resolutivos interiormente han curado muchísimas veces esta enfermedad, aunque hayan atribuido sus buenos resultados á otros medios que prescribian á la par de los vomitivos y resolutivos.

Galeno (1) Aetius (2) Egiñe (3) Actuarius (4) Rha-

(1) *Lib de oculis* part 4 cap 11, 22.

(2) *Sermo septimus* cap. 48, 52 cap. 46 de Hemerolopia. *Si vero per hoc non successerit, rursus purgatorium dandum est quale est hoc. Scammonice obl iij, castorei obol. ij, salis obol iij. In debilitioribus autem scammoniae obol. ij injice. Talis autem purgatio saepe e vestigio liberavit, aut multo meliorem conditionem induxit. Post paucos dies dandum est purgatorium pituitam et bilem ducens.*

(3) *Lib. III. cap 48.*

(4) *De Meth Med. lib IV cap 11. Post sanguinis missionem sternutationes movendae sunt et ante cibum vomitivus utendum.*

sis (1) Avicenne (2) todos recomiendan sangrar y hacer vomitar à los enfermos en ayunas, purgales por la boca ò por el ano, y escitarles el estornudo. Esta práctica fué la de todos los médicos posteriores à los autores que acabamos de citar; y era aun la misma en el tiempo de Foresto (3) y de Timeo (4). Hildano (5) que daba tanta importancia à la aplicacion del sedal à la nuca, nos hace sin embargo observar que jamas ha empleado este medio sino despues del uso repetido de los purgantes catàrticos. Lo mismo se lee en las obras de Smezio, (6) de Plater, (7) de Adolfo, (8) y de Trewe (9). Saint Yves (10) uno de los mas célebres oculistas de aquel tiempo, cuenta la historia de un eclesiàstico al que restituyò la vista pocos dias despues de haberla perdido à beneficio de un emético, y por una sangria de la yugular; recomendándole despues el uso de los vapores del espíritu de vino para consolidar la curacion. Dice haber prodigado igual beneficio à un canónigo jòven, por la repetida administracion de resolutivos, de caldos temperantes y vapores espirituosos locales; en fin añade que curó todas las amaurosis cuya curacion empezaba inmediatamente despues de su invasion, por las sangrías y haciendo tomar el emé-

(1) *De Egritud ocul. cap IV cum prolongatur status morbi, provocentur sternutationes, et vomitus jejuno stomacho; deinde curetur cum collyriis valentibus ad hoc.*

(2) *Lib III fen III tractatus 4. Quandoque hæc fit propter comunitatem stomachi et cerebri. Quod si fuerit ab humiditate administrabis tunc illud quod resolvit post evacuationes. Vomitus autem qui fit cum facilitate, est ex iis, quæ conferunt.*

(3) *Observ. et cur med. lib XI obs 32 schol ob. 38.*

(4) *Cas medicin lib I Cas 24.*

(5) *Centur 1 obs. 24 cent. V. obs 13*

(6) *Miscell med. p. 546.*

(7) *Praxis med. p. 104.*

(8) *Act. N. C. vol II obs 87.*

(9) *Commerc. Norimberg. t. VII an. 1735. n 1.*

(10) *Tratado de las enfermedades de los ojos cap 27, 28.*

tico una ó dos veces en el espacio de dos dias.

Heister (1) pretende haber curado una amaurosis excitando la salivacion; pero del modo que cuenta el hecho se deja ver, que àntes de emplear el mercurio, hizo tomar à su enfermo un purgante hidragogo: que quejándose el dia siguiente el enfermo de náuseas, le dió un vomitivo, compuesto de dos granos de tartrite antimonial de potasa, mezclados con un escrúpulo de azucar: los vómitos fueron abundantes, y los conatos al vómito se apaciguaron. Solo despues de la administracion de los evacuantes de las primeras vias, era cuando prescribia pildoras compuestas con el mercurio dulce y el extracto de fumaria, y una friccion en las glandulas parótidas, de una cantidad de unguento mercurial igual al tamaño de una haba. El dia 9 la salivacion apénas empezaba à declararse, cuando el enfermo distinguia la luz de las tinieblas. Pero despues de este mismo hecho, y de cuanto sabemos à cerca de la eficacia de los eméticos y resolutivos para la curacion de la gota serena, es creible que la curacion citada por Heister, no debe atribuirse à la salivacion, y si à la espulsion de materias estimulantes que tenian su asiento en el estómago.

Refiere ademas el mismo autor (2) la historia de una muger que adolecia de una amaurosis incompleta y amenazada de una ceguera completa causada por una profunda tristeza, y por haber fijado demasiado tiempo la vista sobre cuerpos brillantes. Heister la curó con una sangría y las pildoras catárticas compuestas de mercurio dulce y resina de jalapa. Curó asi mismo (3) un criado cuya vista se debilitó considerablemente sin ninguna alteracion aparente en la

(1) *Instituzioni de chirurg.* t. I.

(2) *Med. chirurg und. anat Wahrnehm I Band.*

(3) *Loc. cit. Band 75.*

estructura de los ojos; este enfermo solamente se quejaba de náuseas continuas. Heister le prescribió unos polvos compuestos de veinte y cinco granos de ipecacuana, y de diez de sulphate de potasa, que tomaba por la mañana con una infusion de eufrasia de hisopo y leños de sarsafra durante el dia; á mas un vegigatorio à la nuca, y un colirio estimulante resolutivo.

Ribe (1) habla de un jóven de 22 años que habia perdido la vista hacia tres meses; él se la restituyó con la administracion del emético, repetido siete veces en diferentes intervalos.

Helvig (2) y Schroëck (3) nos han trasmitido la historia de muchas amaurosis imperfectas simpáticas de afeccion en primeras vias, curadas por el uso esclusivo de los purgantes resolutivos.

Vandermond (4) cuenta la observacion de una niña de 8 años que acababa de perder el habla y la vista à causa de la presencia de materias saburrales y lombrices en el estómago. La existencia de las lombrices estaba indicada por un movimiento ràpido y como culebreado de la lengua, por continuos esfuerzos de espiracion por la nariz, por una grande ansiedad, y por copiosos sudores de cabeza. Esta niña tomó un emético, y vomitó entre los materiales de diferentes especies una lombriz redonda de medio pie de larga; hizo en seguida uso de los purgantes unidos à los antihelmínticos y recobró luego el uso de la palabra y el de la vista.

Fabre (5) hace mencion de un tal Juan Barricot, que diez dias despues de un cólico que padeciò, perdiò

(1) *Act Svecic* vol. I. trim 1. n.º 10.

(2) *Observ. physic. med.* obs. 33.

(3) *Miscellan. natur. cur.* décat 2. an. V. obs. 247.

(4) *Diario de medicina de Paris.* t. X.

(5) *Diario de medicina de Paris.* t. XX.

la vista de entrambos ojos; dos sangrías y la aplicación de un colirio de agua de rosas y clara de huevo no habian producido ningun efecto. Fabre prescribió cuatro granos de tartrite antimoniál de potasa y dos dias despues una pocion compuesta de media onza de sen, media dracma de polvos de *tribus*, y una onza de manà: dos dias despues repitiò la misma doses del tartaro stiviado, y asi consecutivamente por espacio de nueve dias; ordenó en seguida algunas píldoras de mercurio dulce y de diagridio; una infusion de eufrasia, la tisana sudorífica y lacsante del formulario de Paris durante ocho dias consecutivos. En cuanto los medios locales, solamente se emplearon los vapores de espíritu de vino y de café dirigidos à los ojos por medio de un embudo. Desde el dia cuarto de la curacion Barricot empezò á distinguir la luz de las tinieblas: el doce discernia los colores à poca distancia; y el veinte recobrò completamente la vista.

Thilen (1) refiere dos observaciones interesantes de amaurosis imperfectas, curadas ambas por la administracion del tartaro stiviado, tomado al principio como vomitivo, y despues como resolutivo, ya solo, ya unido á sustancias javonosas, y al extracto de àrnica.

Whitt (2) habla de una señora cuya vista se debilitaba sensiblemente, siempre que tenia acedias. Se curó por medio de un emético, de los polvos absorbentes, y de los estomáticos amargos. Conozco à un gran personage, que muchas veces, algunas horas despues de la comida, le sobrevenia una considerable debilidad en la vista, y casi una ceguera completa, por haber comido pescado frito con

(1) *Medicinische und Chirurgische bemerkungen*, pár. Amaurosis

(2) *Delle affez ipocondr. ed ister.* cap 1.

aceyte comun. Es ademas muy frecuente el que la digital purpurea, el estramonio, la infusion de tabaco, y muchas otras substancias análogas, apénas se ponen en contacto con el estómago cuando producen la ceguera.

Se lee en el Mercurio de francia del año 1756 (1) la relacion de las curaciones obtenidas por Fournier en muchos sujetos afectados de hemeralopia. Los tres primeros son tres soldados á los que les dió el emético, despues de haberlos hecho sangrar. El siguiente dia se quejaban de tener aun la cabeza pesada y de experimentar ansias de provocar. Nueva sangría, nuevo emético; todos los síntomas se disiparon, y los tres recobraron la vista como ántes. El mismo método tuvo igual resultado en ocho soldados de la misma guarnicion.

Vieusseux (2) habla de un niño, que habiéndose espuesto demasiado pronto al ayre, despues de una calentura escarlatina, perdió enteramente la vista: las pupilas estaban muy dilatadas. Esta enfermedad no resistió al uso del tartaro stiviado, y de los vegigatorios; se terminó la curacion por los tónicos marciales.

Pallier (3) con el emético en dosis refractas, la aplicacion de un vegigatorio à la nuca, y los caldos refrigerantes y aperitivos alivió de una hemeralopia al capitan del navio Micetti. El mismo autor (4) asegura haber curado muchas veces la amaurosís imperfecta reciente, con el émético y las fumigaciones locales aromáticas.

A todos estos hechos añadiré algunos otros que me son propios, para probar del modo mas convin-

(1) Febrero, p. 168.

(2) *Vease* Recopilacion periódica de Medicina, VI.

(3) Recopilacion de memorias y observaciones sobre el ojo; obser. 132.

(4) *Idem.* observ 136, 138.

cente la eficacia del método que propongo contra la amaurosis reciente, afeccion que frecuentemente depende del mal estado del estómago (1) y de una debilidad nerviosa general ó limitada à los nervios de los ojos.

Es digno de notar, que en la curacion de la gota serena, los mas de los médicos antiguos y modernos han hecho preceder la administracion de los eméticos, de los catárticos, y de sangrías generales ò locales. Pero observaciones mas recientes nos han enseñado que no era preciso hacer de esta práctica una regla general, y que no se debe recurrir à la sangría sino en los casos en que esté claramente indicada, como en las amaurosis complicadas de una plétora general ò parcial de la cabeza; en sujetos jóvenes y vigorosos; cuando la pérdida de la vista se ha manifestado de resultas de una supresion de sangre habitual etc. En toda otra circunstancia, no solamente la sangría no conviene, sino que puede ser funesta y peligrosa á personas estenuadas, melancolicas, sujetas á convulsiones etc.

En cuanto à la eleccion de los medios propios para purgar el estómago y los intestinos, y para avivar la accion del sistema nervioso, nadie duda que el tartrite antimonial de potasa solo ó combinado con las sustancias gumosas y resolutivas no sea preferible à los drásticos, ò à las lavativas purgantes acres; tales como se empleaban en otro tiempo. Esceptuo empero, las personas estenuadas ó delicadas, à quienes es mas conveniente la tintura de ruibarbo. No es contrario à la razon el pensar que en la curacion de la amaurosis causada por un estado saburral del es-

(1) *Experientie suffragio firmum est, ut in omnibus capitis et nervorum morbis, sic etiam in iis qui oculos detinent, ventriculi et virtutis ipsius digestivæ rationem esse habendam (Hoffm. disert. de morbis præcipuis recta medendi ratione.)*

tómago, por la supresion de la traspiracion ó por una metástasis que se ha dirigido en los ojos, no es pues, digo, increíble que el tartaro stiviado administrado en pequeñas dosis, disfrute de una accion particular en el estómago y en el sistema nervioso, accion que le hace preferible à todos los demas resolutivos internos, ya para desobstruir los òrganos digestivos de las materias que contienen, ya para fortificar el sistema nervioso, restablecer la traspiracion y la accion à los vasos absorbentes.

En el capítulo de la optalmía ya he hecho mencion del esceso de sensibilidad que la inflamacion deja algunas veces en los ojos. Creo deber notar aqui que el mismo fenómeno puede manifestarse en circunstancias opuestas; se observa esto en personas de 50 ó 60 años sin causa manifiesta, aunque hasta entonces hayan disfrutado de la mejor vista. Principian por quejarse de ver los objetos tanto mas nublados quanto son mas apartados y resplandecientes: poco á poco la luz les incomoda, y muy luego se ven obligados à servirse de vidrios verdes para moderar la impresion de ella.

Los ojos no presentan ninguna especie de alteracion, escepto sin embargo que la pupila está muy constreñida aunque à una luz bastante debil: si se presenta à estas personas cuerpos à una corta distancia, los juzgan mas pequeños de lo que realmente son.

Esta susceptibilidad no siempre es el efecto de un aumento general de sensibilidad, pues que se observa frecuentemente en personas robustas y sanas bajo cualquiera otra relacion. Varias son sus terminaciones: asi es que en los sujetos débiles, en los nerviosos, é hipochondriacos, ella anuncia comunmente la amaurosis; mientras que en los individuos de una constitucion fuerte poco à poco se debilita, necesitando solamente que se haga uso de los vidrios convexos. La esperiencia me ha

enseñado que el uso interno y esterno de los tónicos, tan útiles en el primer caso, á lo menos para retardar la funesta terminacion de este estado morboso, no ofrecen ninguna ventaja en el segundo: basta en este caso un buen regimen, un ejercicio moderado, abstenerse de la lectura, y del uso continuo de los vidrios verdes. Infundadamente se cree que el uso continuo de anteojos verdes es necesario para calmar el exceso de sensibilidad de los ojos. Despues de algunos meses de usarlos sucede al contrario, que los enfermos no pueden tolerar la luz por moderada que sea, y se ven obligados à echar mano de vidrios mas verdosos que los primeros, vidrios de cuyo uso ya no pueden despues prescindir, ni aun en su aposento.

Al contrario aquellos que tienen la precaucion de servirse de vidrios poco verdosos, y de no usarlos sino cuando se esponen à los rayos del sol, ò quando viajan por la nieve, logran al cabo de uno ó dos años poder prescindir de este socorro aun à la luz mas viva: solo ven entonces los objetos con menos claridad que en una luz débil; estos mismos objetos tambien les parecen un poco mas pequeños de lo que en sí son mientras que permanece la constriccion da la pupila. Me he convencido muchisimas veces de que el extracto de la belladona administrado al exterior ò al interior, debilita la accion nerviosa de los ojos, y dilata la pupila. Pero ademas que en esta circunstancia los ojos llevan mal la aplicacion de los tópicos, y que los efectos de la belladona son pasajeros, jamás he conseguido ninguna ventaja conocida ni permanente.

Observacion décima nona.

Jayme Migliavaca de Pavia, edad 32 años, carpintero.

tero, de una constitucion débil, flaco, en el mes de marzo de 1798, experimentó à consecuencia de una profunda tristeza, un dolor gravativo en las cejas, ansiedad general, tension de vientre é inapetencia. El 7 de abril siguiente, tres horas despues de haberse levantado, perdió repentinamente la vista de entrambos ojos.

El dia siguiente, se hizo trasladar al hospital. Examiné sus ojos y hallé que tenia las pupilas de tal modo dilatadas, que quedaban inmóviles à la luz mas viva; sin embargo el disco era regular. El fondo del ojo parecia de un buen negro.

Prescribí desde luego dos granos de tartrite anti-monial de potasa en cuatro onzas de agua para tomar à cucharadas hasta promover náuseas y el vòmito. Despues de haber tomado toda la pocion, el enfermo vomitó por tres veces una considerable cantidad de mucosidades, y de materias biliosas verdosas tan irritantes, que dejaron por espacio de muchas horas, una sensacion de ardor intolerable en la lengua y garganta. El mismo dia hizo dos deposiciones de materias líquidas amarillas; pasó la noche tranquilmente, despertándose la mañana siguiente muy aliviado del dolor de cabeza y de cejas.

Le ordené los polvos resolutivos compuestos de una onza de cremor tártaro y un grano de tártaro stiviado divididos en seis partes iguales; tomaba tres al dia, una por la mañana, otra al medio dia, y la tercera por la tarde: continué este método por muchos dias. Cada toma promovia náuseas, y una ó dos deposiciones cada veinte y cuatro horas. Algun tiempo despues del uso de estos polvos, el enfermo ya no se quejaba de debilidad ni de tension en los hipocondrios. Sujetaba al mismo tiempo sus ojos tres veces al dia à los vapores amoniacaes hasta determinar la rubicundez de la conjuntiva y un lagrimeo continuo.

Los cuatro primeros dias de este regimen no se manifestó ningun cambio en el estado de los ojos; pero al quinto (13 abril) el enfermo veia muy claramente la vela que se le acercaba. En efecto las pupilas me parecieron un poco constreñidas. Se continuò el uso de los mismos polvos, mas solamente por mañana y tarde.

El 19 de abril el enfermo distinguia medianamente, à una luz moderada, los objetos que le cercaban; las pupilas estaban todavia mas constreñidas que el 13; y como hasta entónces habia guardado una severa dieta, le puse al regimen de los convalecientes. Para fortificar los órganos digestivos y para avivar la accion del sistema nervioso reemplacé los polvos resolutivos por otros compuestos de una onza de quinina y media de raiz de valeriana divididos en seis partes iguales. El enfermo tomaba una por la mañana y otra por la tarde, sin olvidar los vapores amoniacales dirijidos à los ojos.

Desde el 19 de abril puede contarse que Magliavaca fué recobrando de dia en dia la facultad de ver, y el 22 de mayo saliò del hospital en estado de volver à su oficio, que aun ejerce en este momento que yo escribo.

Observacion vigécima.

Estevan Barbieri, de 14 años de edad, pálido, flaco, dependiente del hospital de huérfanos de esta villa, en marzo de 1797 fué acometido de una peripneumonía, la que obligò à que se le hiciese una copiosa sangría. Aun estaba convaleciendo, cuando se quejó de que apenas veia con el ojo derecho en el que de cuando en cuando sentia fuertes dolores, asi como en la ceja del mismo lado. Se le ordenaron anti-spasmòdicos y tónicos; pero la enfermedad diariamente hacia nuevos progresos. La pupila se contra-

jò, se puso inmóvil, y se le manifestó en la parte de allá una línea blanca que parecia anunciar un principio de oscurecimiento de la cápsula cristalina.

Tal era hacia dos años el estado de este enfermo, cuando à principios de setiembre perdió casi completamente y de repente la facultad de ver del ojo izquierdo; con la particularidad que por la mañana al despertarse, apénas distinguia la luz de las tinieblas. Tenia en efecto la pupila de este ojo muy dilatada é inmóvil, mientras que la del ojo derecho estaba, como ya dije, móbile y contraída. Quise ensayar el extracto de la pulsatila negra; le hize tomar tres granos mañana y tarde aumentando esta dosis de medio á medio grano hasta la cantidad de nueve dos veces al dia. Pero à los quince me ví en la precision de abandonar este remedio, pues que sin mejorar la vista, ocasionaba dolores fuertes de cabeza, vértigos y casi promovió convulsiones generales. Suspendí toda curacion hasta el 24 de setiembre.

En esta época le ordené dos granos de emético en cuatro onzas de agua. Despues de haber tomado las tres cuartas partes de esta pocion, el enfermo vomitó media jofayna de materias verdosas, biliosas, pegajosas, y por la tarde hizo dos deposiciones de vientre. Pasó la noche tranquil; á la mañana siguiente al despertarse, pudo distinguir con el ojo izquierdo los objetos que tenia cerca y las personas que atravesaban el dormitorio; lo que no habia podido conseguir en muchos meses. Inmediatamente le puse al uso de los polvos resolutivos indicados en la observacion precedente: promovieron náuseas y dos deposiciones diarias. Al mismo tiempo esponia el ojo enfermo à la accion de los vapores amoniacales tres ó cuatro veces al dia,

El 1.º de enero, una hora despues de la primera toma de los polvos resolutivos, el niño vomitó con

impetuosidad una considerable cantidad de materiales biliosos verdosos y no menos viscosos que la primera vez. Suspendí todo medicamento durante este día, y reduje gradualmente la dosis de los polvos à dos tomas al dia hasta el ocho del mismo mes.

En esta época el pequeño enfermo distinguia bastante bien los objetos con el ojo izquierdo, cuya pupila se habia contraido, y daba señales de alguna movilidad à la presencia de una luz. La del ojo derecho quedó en el mismo estado asi como la vista de este lado. Por lo demas el enfermo ya no tenia la carà lívida y amarilla como otras veces; y disfrutaba de buen apetito. Entonces apelé à las píldoras de Schmuker à la dosis de cuatro mañana y tarde, sin dejar de continuar el uso de los vapores amoniacaes. Estas píldoras produjeron en muy poco tiempo náuseas é igualmente promovieron dos deposiciones de vientre diarias sin debilitar el enfermo.

El 16 de enero sobrevino una diarrea que hizo suspender el uso de ellas; el 22 volvió à tomarlas aunque à la mitad de la dosis; pero purgando aun demasiado, solo se le administraron cada dos dias. Se continuó el uso de los vapores.

El 9 de febrero, el niño del todo restablecido de la vista del ojo izquierdo, se escapò furtivamente del hospital en un dia lluvioso, y volvió mojado de pies à cabeza. Esta imprudencia fué à los dos dias seguida de una calentura continua remitente, que cedió facilmente à la quinquina unida à la valeriana.

Hay que observar que à pesar de la violencia de las accesiones febriles, el ojo izquierdo se conservó siempre en tan buen estado que distinguia los mas pequeños objetos. Restableciòse de la salud general, mas el ojo derecho quedò precisamente tal como estaba al principio de la curacion.

Observacion vigécima prima.

Juan Seignani, arriero, de una constitucion robusta, edad 30 años poco mas ò menos; una mañana saliendo de la iglesia fué acometido de una debilidad en la vista que se acrecentò con tanta rapidez, que en pocos minutos se halló enteramente ciego.

Cuando entró en el hospital, tenia el rostro inflamado, pulso duro y lleno, la conjuntiva sembrada de pequeños vasos sanguíneos, la pupila inmóvil y dilatada: solo se quejaba de la pérdida de la vista.

Empecé por hacerlo sangrar del brazo, luego le hice aplicar catorce sanguijuelas ya à la sien ya à la cara anterior del cuello: la sangre salió con abundancia. Recomendé la dieta, las bebidas diluyentes, y un purgante. Pero estas medidas disminuyendo lo general de las fuerzas, en nada cambiaron el estado de los ojos.

La aplicacion el dia siguiente de dos sinapismos à los pies, y un vegigatorio à la nuca no produjeron ningun buen efecto. El dia cuarto este enfermo bebió en diferentes intervalos una libra de decoccion de àrnica; tomaba mañana y tarde una píldora de la misma àrnica y de la pulsatila negra. Pero estos remedios cuya dòsis se aumentaba todos los dias, no ofrecian ningun cambio favorable. Despues de quince dias de una administracion sostenida, se puso al uso de las píldoras de Schmuker. Desde las primeras seis dòsis el enfermo se sintió un poco aliviado, y esta mejoría aumentó diariamente y por grados. En efecto en el espacio de otros 27 dias recobró perfectamente la vista que disfrutó por espacio de dos meses, pero que perdio de nuevo por el abuso de licores fuertes y de alimentos crasos.

Despues de una pequeña sangría, volvió al uso

de las píldoras de Schmuker, y sin otro socorro, à escepcion de las lociones de agua fria, la vista se restableció perfectamente en el espacio de treinta y dos dias. No tuvo otra recaída.

Oservacion vigécima segunda.

José Antonio Gossi, de 60 años de edad, de una constitucion robusta, à fines de 1794, fué acometido de una calentura cuartana que por el espacio de tres meses resistió à todos los medios. Cesó sin embargo; pero tal fué la impresion de debilidad que dejó, que apénas bastaron cinco meses de buen regimen para restablecer las fuerzas. Despues de este tiempo y sin estar aun curado del todo, empezó à ver unas tiras negras delante del ojo izquierdo: estas tiras engrosaban continuamente, de modo que en quince dias Gossi se vió enteramente privado de la facultad de ver de este lado. Los primeros remedios le volvieron un poco la vista, pero esta mejoría no fué de larga duracion. Por fin el estado de este ojo era muy variable, pues ya enteramente perdia el uso de las funciones, ya volvía à recobrarlas lo suficiente para que Gossi pudiese dirigirse por sí mismo.

Trascurrieron muchas semanas en esta alternativa de bien y mal. Persuadido el enfermo que no podia sucederle cosa peor, reusaba someterse à nuevos remedios. Estaba en esta resolucion quando el ojo derecho de repente se enturbió, de manera que en pocos dias Gossi se vió precisado à hacerse acompañar para su seguridad.

Despues de haber ensayado inutilmente todos los remedios que se le aconsejaron, y reducido à la última indigencia por la imposibilidad de poder cumplir con el empleo que le proporcionaba la subsistencia, este infeliz se vino à esta villa el 8 de ju-

nio de 1796 para someterse à un plan de curacion.

Un maduro examen me hizo advertir que las pupilas estaban dilatadas é inmóviles: el fondo del ojo era de un buen negro en el lado derecho.

No perdiendo de vista el desórden del sistema gástrico, agravado por fuertes pasiones de ánimo, le prescribí cuatro granos de tartrite antimonial de potasa en ocho onzas de agua para que tomase à cucharadas grandes cada dos horas. La primera dosis de esta pocion solo escitó náuseas. Se repitió el siguiente dia, y àntes de la sesta cucharada produjo un abundante vómito de materias amarillas, verdosas, amargas, y dos evacuaciones de vientre. El 11 le ordené seis granos de tartaro stibiado disuelto en una libra de agua de yervabuena piperina añadiendole una onza y media de jarabe de corteza de naranja, de lo que tomaba una ó dos cucharadas tres veces al dia. Le aconsejé ademas que bebiese algunas tomas de la infusion de una dracma de ojas de árnica en libra y media de agua. Los dos primeros dias, pocas horas despues de haber tomado una ó dos cucharadas de la solucion emética, el enfermo vomitó bilis; no produciendo despues este remedio mas que náuseas.

El 14 las tiras negras que se manifestaron delante el ojo izquierdo empezaron á disiparse, desapareciendo completamente en pocos dias. La pupila de ambos ojos se puso un tanto movible, y el duodécimo dia à contar desde el principio de la curacion Gossi distinguia ya los objetos grandes.

En esta época, se le suspendió la pocion emética para sustituirla por las pildoras de Richer à la dosis de quince tres veces al dia, despues diez y ocho, y en fin à la de veinte y cuatro, sin dejar de continuar la infusion de árnica. Apénas habia quince dias que el enfermo hacia uso de estas pildoras, que ya veia

bastante claramente para conducirse por si solo. Al mes y medio, con el auxilio de este solo recurso y de los anteojos, los mismos de que se servia con mucha ventaja àntes de adolecer de la amaurosis, se puso en estado de poder leer y y escribir. Examinados en esta época sus ojos no presentaban ninguna especie de alteracion; solamente la vista del izquierdo estaba un poco ménos perfecta que la del derecho.

Las pildoras solo ocasionaban de cuando en cuando algunas náuseas, pero procuraban una deposicion de vientre regular todos los dias. Deseando este hombre regresar à su casa, se lo permití pero con la condicion de que continuaria tomando otra dòsis de pildoras de Ricther. No ha tenido jamas ninguna otra alteracion en la vista. (1)

Observacion vigécima terciã.

J. Pizzì, de 16 años de edad, de una constitucion débil, y aun no arreglada en sus menstruos, à últimos de mayo de 1801 le sobrevino una hambre tan extraordinaria que àpénas podia satisfacerla comiendo toda especie de alimentos crasos y en especial pan de maiz. Fatigada por otra parte de los asiduos trabajos del campo, à los que no estaba acostumbrada, observó esta muchacha que su vista se oscurecia. Desde este momento cesò su inmoderado apetito; se le puso amarga la boca, se manifestó en la region epigàstrica una sensacion de pesadez, náuseas, cefalalgias continuas, pérdida completa de la vista del ojo derecho y disminucion considerable del otro. Las pupilas estaban muy dilatadas y casi inmóviles à la luz mas viva; y tenia como un principio de estrabismo.

(1) La marcha y curacion de esta enfermedad son conocidas perfectamente del Sr. Volpi, cirujano de este hospital.

En este estado fué transportada à el hospital clínico el 4 de junio de 1801.

El mismo dia le di cuatro granos de tartrite antimonial de potasa disueltos en cinco onzas de agua destilada à cucharadas. La enferma esperimentó muchas náuseas, sin embargo solo vomitó un poco de materias viscosas y blanquecinas.

El dia 5, igual vomitivo administrado del mismo modo, promovió un vomitó mas copioso que el de la vigilia pero de la misma naturaleza. Con todo la cefalalgia y la pesadez de estómago, disminuyeron sensiblemente; las náuseas subsistian, y la lengua estaba tan sucia como àntes. La pupila manifestaba algun movimiento à la presencia de una luz muy viva. El ojo izquierdo cerrado y obscuro, la enferma distinguia todavia la luz de la oscuridad. Entónces empezó el uso de las vapores amoniacales, à los que esponia ambos ojos cada dos ó tres horas.

El 6 poca cefalalgia, boca ménos amarga, pupila mas movable. Se puso la enferma al uso de los polvos resolutivos; de los que tomaba tres dósis al dia: continuò las fumigaciones indicadas.

El 7 la cefalalgia estaba casi enteramente disipada. Los polvos resolutivos determinaron algunas náuseas durante algunas horas, despues dos abundantes deposiciones de vientre al dia. La pupila se constriñió un poco, y la enferma distinguia los contornos de grandes cuerpos.

El 8 nada de dolores de cabeza, ni amargor de boca, ni suciedades en la lengua. La pupila mas movable que el dia anterior.

El 9, 10, 11, y 12 el mismo plan de curacion.

El 13 todos los sîntomas del infarto gástrico se reprodujeron. Substituí à los polvos resolutivos una mezcla de media dracma de ipecacuana y un grano de tártaro stiviado para una sola dósis. La enferma vo-

mitó muchos materiales de un amarillo verde, no sufrió mas dolores de cabeza, y reconocia bastante bien los objetos que se le presentaban. Continuò el uso de los vapores indicados.

El 14 se hallò muy bien. La pupila del ojo derecho, en el que la amaurosis era mas intensa, estaba sin embargo mas contraida que la del otro.

El 15 la enferma volvió al uso de los polvos resolutivos.

El 16 todo và de mejor á mejor. La enferma ya distingue una aguja pequeña con el ojo derecho.

El 17, 18, 19 y 20 los polvos resolutivos producen dos deposiciones de vientre abundantes todos los dias, sin debilitar: el apetito bueno, las digestiones se hacen bien.

El 21 se suspende el uso de los polvos para substituirles por la decoccion de la quinquina con la infusion de la raiz de valeriana; la dosis es de tres onzas tres veces al dia.

El 22, 23, 24, 25, 26 y 27 esta muchacha veia tambien con el ojo izquierdo como con el derecho los objetos mas finos. Se pone de buen color, y el estrabismo ha desaparecido casi enteramente. El 28 salió del hospital perfectamente curada. Le aconsejé no obstante que continuase por ocho dias los vapores amoniacales, y que tomase mañana y tarde los polvos compuestos de una dracma de quinquina y media de raiz de valeriana; que observase un buen régimen, y evitase los rayos ardientes del sol.

Nota.

Quando estavamos corrigiendo las pruebas de esta oja el Sr. Baron Larrey publicó un volúmen de me-

morias. Entre ellas hay una que directamente se refiere à nuestro asunto, y el nombre de su autor es demasiado célebre para que podamos omitir el dar à conocer los principales corolarios. Esta nota quizás hubiera correspondido mejor en seguida de la catarata, pero la obra de donde està extractada se publicó demasiado tarde.

La memoria de que hablamos tiene por título *Noticia sobre las propiedades de la membrana iris.*

Intimamente convencidos que la propiedad contractil del iris està colocada bajo la influencia de la retina, los mas de los prácticos se abstendian de operar la catarata cuando el iris estaba privado de sus movimientos; pues suponian que en este caso el órgano visual estaba paralizado. Pero habiendo enseñado la esperiencia que la vista se restablece despues de la extraccion del cristalino, à pesar de la inmovilidad del iris, se conceptuó en seguida que este tabique membranoso solo podia contraerse miéntras que la retina sentia la impresion de los rayos luminosos.

El Sr. Larrey cita ejemplos de cataratas y de amaurosis en que la pupila disfrutaba de toda la contractilidad de que està dotada, apesar de la parálisis del nervio óptico, ò la opacidad del cristalino. Refiere entre otras la historia de un muchacho armero; observada por uno de los traductores de aquella obra. A la edad de 14 años recibió este jóven un golpe con la baqueta de un fusil en la parte media del borde inferior de la òrbita izquierda. Esta percusion inmediatamente fué seguida de la pérdida de la vista del ojo del mismo lado, miéntras que *el iris conservaba la integridad de sus movimientos.* Este muchacho se mantuvo en este estado por espacio de diez ù once meses. Temiendo por el otro ojo, fué à consultar con el Sr. Larrey, que le restituyó el uso del órgano paralizado con la aplicacion de algunas ventosas, y de mu-

chas mocsas, con el uso de un emético y con el de los amargos. Se creia ya del todo curado cuando despues de algunos meses observò que la vista del ojo izquierdo se oscurecia sensiblemente; en efecto, bien pronto estuvo del todo privado de ella. El Sr. Larrey reconoció una catarata completa; pero cosa admirable *el iris conservó siempre sus movimientos.*

Este célebre práctico concluye, contra la opinion general, de que los movimientos del iris son independientes de las propiedades de la retina; no es que niegue que la inmovilidad de la primera de estas membranas no pueda hallarse con la insensibilidad de la segunda: pero si piensa que estos fenómenos no están unidos el uno con el otro, pues que pueden existir aisladamente. Corroborá su opinion por la enumeracion de muchas enfermedades orgánicas del bajo vientre, del cérebro, y aun del pecho, que influyen de un modo notable sobre las propiedades del iris, de manera que la misma razon habria para referir los movimientos de esta membrana à la influencia de las víceras abdominales, thoracicas, etc. que à los de la retina.

La consecuencia que hay que deducir de esta nueva teoría es, que no se puede juzgar con certidumbre del estado de la retina con respecto al iris: asi la dilatacion de la pupila no es un síntoma infalible de la parálisis del nervio óptico y su contraccion no es siempre la prueba de un esceso de sensibilidad. "Es muy difícil, dice el Sr. Larrey, determinar las causas de los movimientos de dilatacion y contraccion de la pupila, asi que explicar su mecanismo. Sin embargo, como en el hombre y en los mas de los animales, estos movimientos parecen estar independientes de la voluntad del individuo, se podrá creer que el *stimulus* que produce la contraccion de las fibras del iris, está esclusivamente provisto por los ramos ner-

viosos que proceden del par óptalmico perteneciente al sistema nervioso de la vida interior. Pero se debe considerar, 1º que esta cortina membranosa recibe directamente en el hombre, como en la mayor parte de animales, uno ó dos filamentos del nervio nasal perteneciente à la primera rama del quinto par del cérebro: 2º que los movimientos de este tabique parecen modificarse de un modo mas ó menos sensible en los mismos individuos, sea bajo la influencia de una impresion muy fuerte de luz que irrita este velo membranoso, sea por la manifestacion repentina de imágenes de un aspecto mas ó menos escitante, relativamente à su color ó à su forma: 3º finalmente que este tabique parece que realmente ejecuta sus movimientos bajo la influencia de una voluntad tácita pero espresada por la repeticion de fenómenos en ciertos pájaros, tales como todos los de la familia de los papagayos (1). Segun estas reflexiones, se comprenderá que el iris es un órgano misto, del que una porcion puede estar sometida hasta cierto punto bajo el imperio de la voluntad del sujeto, mientras que otra ejecuta sus movimientos sin este requisito (2). Asi se puede concluir de esta estructura, que luego describiré mas detalladamente, y de la distribucion de nervios que se hallan en esta cortina membranosa, que la relajacion del iris, ó la dilatacion de la pupila

(1) Segun el Sr. Cuvier, la raya parece tener no solamente la facultad de mover la pupila á su arbitrio como los papagayos, sino que tambien ofrece ademas una prolongacion colocada en el borde superior de esta abertura, y dispuesta en forma de enrejado, que este pescado baja sin duda á su arbitrio delante del cristalino como una celosia. En la tremielga, este velo opaco membranoso está entero, y esta raya puede cubrirse toda la prunela á su voluntad. Véase el segundo tomo de las lecciones de anatomia comparada.

(2) Las mismas propiedades se observan en la vejiga urinaria cuyo esfinter se contrae por el estímulo de los nervios de la vida animal, mientras que el cuerpo de esta bolsa membranosa es estimulado por los de la vida interior.

se opera por el pliegue de las arterias flecsores naturalmente dispuestas en forma de persiana ó en líneas espirales, y por la engurgitación de estos vasos determinada por el estímulo que los filamentos nerviosos del plexo optálmico transmiten á esta membrana, mientras que la contracción de esta cortina movable, ó la constricción de la pupila, no se opera sin duda sino al auxilio de la engurgitación de la coronilla arterial ó ciliar, haciendo las funciones *de un cordón de bolsillo*. Esta engurgitación parece estar determinada por el estímulo de los nervios ciliares largos, que proceden del nervio nasal en la circunferencia de esta abertura sin comunicar con los del plexo lenticular. También las irritaciones del estómago ó de los pulmones determinan con frecuencia la constricción de la pupila, mientras que las de los intestinos, del útero ó de la vejiga, nos parece que determinan la dilatación de esta abertura, según se observa en los niños afectados de lombrices. (*Los traductores franceses.*)

CAPITULO VIII.

Del fungo hematodes, y del cáncer del ojo.

Por mucho tiempo se ha procurado indagar el porqué el cáncer que parece privilegia todas las otras partes del cuerpo en la infancia, devora con tanta rapidez el globo del ojo y aun con mas frecuencia que en la edad adulta. Se ha calculado que de los veinte y cuatro individuos atacados de cáncer en el ojo, los veinte á lo ménos no pasan de doce años. Wardrop nos ha dado recientemente la solución de esta cuestión. (1) Este juicioso observador ha demos-

(1) *Observ. fungus hematodes. Edinburg. 1809.* Desde el año 1765

trado por los resultados de la anatomia patológica; que la degeneracion del globo del ojo en los niños, degeneracion designada vulgarmente bajo el nombre de *carcinoma*, no constituye precisamente el càncer, pero si una especie de fungo maligno à que los médicos modernos han dado el nombre de *fungo hematódes*: afeccion tan funesta como el càncer; pero caracterizada sin embargo por síntomas particulares. Ataca á todas las edades, todos los sexos, todas las partes del cuerpo, y el globo del ojo de los niños igualmente que el de los adultos aunque es mas frecuente entre los primeros; manifiéstase comunmente bajo el aspecto de un càncer ordinario.

La diferencia que establecemos entre estas dos enfermedades, resulta de la comparacion de los caracteres exteriores y de las lesiones cadavéricas, de la degeneracion de las partes internas del globo del ojo, y del aparato de síntomas.

El càncer constantemente es precedido del escirro ó endurecimiento morbozo de una glándula, ó de toda otra parte del cuerpo. A medida que el escirro se dirige à la degeneracion se forma en su seno una materia icorosa acre que encerrada desde luego en las células se comunica de una à otra hasta la superficie del tumor cuya membrana desorganiza. En esta época es cuando la sustancia escirrosas cambia en una úl-

Hayes y Jh. Hunter nos han dado la descripcion de esta enfermedad que habian observado en ambos ojos en una niña de 3 años (*Med. obs. and inquiries*. vol. 3.º pág. 12) En la cámara posterior se halló una sustancia blanca, blanda, fungosa, que habia empujado el humor vitreo ácia delante. Hunter se inclinaba à creer que esta sustancia provenia de una alteracion particular de la parte posterior del cuerpo vitreo, la cual decia no tenia ninguna conexcion con la retina. Mas hoy dia está demostrado, por un sin número de hechos análogos al que nos ha trasmitido Hunter, que esta sustancia blanduja y fungosa se une intimamente con el estado morbozo de la retina y del nervio óptico: de modo que es muy probable haya algun error ó inexactitud en la observacion relatada por este práctico.

cera maligna de color aplomado, bordes encorvados é irregulares, derramándose de ella un humor abundante mas ó menos irritante.

El tumor que forma la base del càncer ulcerado, léjos de aumentar de volúmen, mas bien lo disminuye. En toda la estension conserva su dureza natural, se levanta hasta cierto punto sobre el nivel de la ùlcera, luego se ahueca y desaparece acà y allà bajo la influencia del mismo proceder que le ha dado origen. Y si la superficie de la llaga parece cicatrizarse en algunos puntos, la ilusion es de poca duracion; pues estos mismos puntos se ulceran luego de nuevo. Al contrario el *fungo hematódes* desde su origen no es mas que un tumor blando circunscripto, ligeramente elástico, que comprimiéndolo hace experimentar al tacto una sensacion de fluctuacion profunda. A la superficie exterior se ven algunas venas varicosas, no obstante que conserva por algun tiempo el color natural de la piel; pero la sustancia interior es muy diferente del estado natural, tierna y pulposa (1), ya se parece à la sustancia esponjosa de la placenta, ya à la cortical del cérebro, es en gran parte soluble en el agua tibia, y concrecible por los ácidos y el fuego. Apénas se han roto sus membranas, cuando esta materia degenera en un fungo maligno, rubicundo, salpicado de manchas ya amarillas ya negras, fungo que crece y se estiende rapidamente, sin que jamas sea detenido en sus progresos por la ulceracion. Llegado à su mas alto grado de desarrollo, conserva su primera blandura, y sangra con abundancia al menor choque, al menor frote, [en fin se propaga à las partes vecinas, vertiendo un flúido hicososo mucho mas fétido que la materia cancerosa, y mas análogo à la que

(1) Por esta razon el fungo hematódes ha sido descrito por algunos autores bajo el nombre de *càncer blando*, *càncer medular*.

resulta de la putrefaccion de las sustancias animales (1).

Tal es la descripcion general del fungo hematódes, pero cuando ataca à las partes internas del globo del ojo, se manifiestan otros síntomas. La enfermedad es anunciada por la debilidad de la vista y una grande aversion á la luz; poco á poco la ceguera se hace completa, la pupila se dilata, el iris pierde la facultad de contraerse, y el globo del ojo se manifiesta de un color pardo oscuro. A estos prodornos sucede la obstruccion de los vasos de la conjuntiva, con un profundo y continuo dolor dentro del ojo. En seguida se manifiesta en el fondo de este órgano una mancha amarilla ó verde irregular, parecida à un pequeño monton de linfa concrecible: esta mancha es considerada por los que no tienen conocimientos exactos de la enfermedad de que tratamos, como un oscurecimiento parcial del cuerpo vítreo. La sustancia morbífica atravesada por los vasos sanguíneos provistos por la arteria central de la retina crece, se ensancha, comprime y fuerza necesariamente las dimensiones naturales del globo del ojo. A estos síntomas se añade algunas veces la hydrophthalmía, como en el caso cuya historia referimos tratando de esta última enfermedad.

Poco à poco la enfermedad se adelanta hasta el iris, y acaba por ocupar la cámara posterior del humor aquëo. Entonces no solamente el fondo sino el globo del ojo entero se ensancha, pierde su figura, y los dolores de que es asiento, igualmente que los de la cabeza, de la frente y de la nuca, se hacen mas vivos en especial durante la noche. En seguida el fun-

(1) Hay autores que piensan que el fungo hematódes no es mas que una modificacion del cáncer. Esto puede ser; pero es indudable que hay una grande diferencia entre los caractéres pathológicos de estas dos enfermedades.

go hematòdes penetra hasta la càmara anterior cuyo humor aquëo está ya enturbiado por un líquido amarillo. Llegado à este período, comprime la córnea, la adelgaza, promueve su ulceracion y la de la esclerótica, abriéndose pasò ácia fuera por medio de los puntos ulcerados, bajo la forma de una sustancia lobular, que crece rapidamente en todas direcciones, pasa mas allá de los párpados y cae sobre la mejilla, vertiendo un líquido hicososo fétido y corrosivo. Cuando el fungo se hace saliente por medio de la escleròtica cerca de la córnea, se halla cubierto por la conjuntiva que lo comprime fuertemente. Entonces los dolores son intolerables. La porcion del fungo que està fuera del ojo tomà un color rubicundo salpicada de manchas amarillas y negras. Llegado à su mayor grado de desarrollo conserva siempre su blandura primitiva, sangrando abundantemente al mas ligero contacto; en este estado jamas dejan de manifestarse señales de una funesta absorcion, cuyos productos se ingieren en las partes contiguas y à las apartadas, particularmente en las glándulas linfáticas de la circunferencia de la órbita, en la inmediacion de las parótidas, detrás del àngulo de la mandibula inferior, y en el cuello.

Cualquiera que sea el grado de desarrollo de la enfermedad, cuando se pràctica la estirpacion del ojo, si se examina despues de la operacion el estado de las partes estirpadas, se hallarà que el sitio primitivo del fungo hematòdes siempre es en la retina, y mas particularmente en el lugar que corresponde à la entrada del nervio óptico. En efecto al manifestarse la mancha amarilla ò verde de que hemos hablado, la retina ya ha desaparecido ó mas bien ha sufrido la degeneracion que constituye el fungo hematòdes: pero miéntras que esta afeccion es incipiente no parece que la membrana coròydes esperimente ninguna alteracion notable en su tejido. Solo en un período avanzado

es cuando esta membrana se hincha y separa de la esclerótica; de todas las membranas del ojo, esta última es la que mejor se conserva en su estado natural. A medida que el fungo hematódos progresa, los humores del ojo desaparecen y los reemplaza aquella especie de cuerpos estraños; de modo que si se hiciese una incision en la córnea, solo saldria una materia pulposa teñida de sangre. La porcion del nervio óptico que está contigua al ojo estirpado, siempre se presenta mas ó menos alterada; pero esta alteracion varia; el nervio ya es mas grueso y duro que en el estado natural, y de un color ceniciento, ya está desorganizado blando negruzco y confundido con las partes que lo rodean.

Una triste esperiencia ha acreditado que la estirpacion del ojo y de sus dependencias, aun en el principio de la enfermedad, siempre es desgraciada, quiero decir que mas bien acelera que retarda la pérdida del enfermo. Efectivamente algunos meses despues de la operacion, la enfermedad se reproduce acompañada de disminucion de fuerzas, de movimientos convulsivos, de calentura lenta, de la pérdida de sentidos, y finalmente de la muerte. En las autopsias cadavéricas que las mas pertenecen à niños, como ya lo dije, se observa que la alteracion de la retina y del nervio óptico, se estiende mas ó menos àcia la base del cérebro, llegando algunas veces hasta la union de los nervios ópticos, (1) y otras hasta el tejido de estos mismos nervios; en algunos casos este mismo tejido ha parecido trasformado en una masa informe llena de sangre y de una materia hicorosa. Las mismas meninges presentan en contorno del sitio de la enfermedad manchas coloradas

(1) Cuando el nervio óptico era de color negruzco, y su alteracion se prolongaba mas allá de su union con el del lado opuesto se veia distintamente que estos nervios no se entrelazaban.

y tubérculos llenos de un líquido senioso y viscoso. En el gabinete de anatomía pathológica de esta Universidad, se conserva la cabeza de un niño que murió à la edad de 4 años víctima de esta cruel enfermedad; el nervio òptico desde su entrada en la órbita hasta su paso en la *silla turca* está transformado en un tumor de la forma y tamaño de una aceytuna, cuya sustancia desorganizada en su interior tiene todas las apariencias del fungo hematòdes: este tumor llena la fosa orbitaria, y pasa aun mas allà de los párpados.

Sin embargo no me empeño en provar que el sistema nervioso sea el sitio principal de la enfermedad de que se trata, pues que no está aun demostrado que los nervios de las otras partes del cuerpo 'en donde se forma el fungo hematòdes, presenten la misma alteracion. Solo diré que la observacion ha señalado como un hecho constante que en el fungo hematòdes del ojo, el nervio óptico y la retina son las partes de este órgano que primero se afectan.

Para acabar de describir el fungo hematòdes, añadiré que la estirpacion es tan infructuosa asi en el principio como en el último periodo de la enfermedad. No existe en los anales del arte un solo hecho que prueve incontestablemente que esta operacion haya sido seguida de buenos resultados.

Wadrop (1) dice haber practicado la estirpacion del ojo de un niño; en el fondo de este órgano se veia una mancha amarilla; pero no habia sufrido ninguna especie de alteracion, ni en su forma; ni en su volùmen en el espacio de siete meses; sin embargo la operacion no salió bien: prueba incontestable que el fungo hematòdes es superior à los recursos del arte aun en su principio. Esto sin duda depende de la

(1) Observ. 2.

lesion del nervio óptico y de sus membranas; lesion que se estiende mucho mas allá del fondo de la órbita, y puede ser aun hasta la base del cérebro de suerte que la operacion, léjos de alcanzar las raíces del mal, no hace mas que irritarlo. En efecto cuando el fungo hematódes tiene su sitio en un miembro, en el antebrazo por ejemplo, aunque el tumor sea reciente y poco voluminoso la esperiencia ha demostrado cuan difícil es reducir sus limites y la estension de sus raíces. En esta incertidumbre sucede con frecuencia que se ha intentado inútilmente la estirpacion, y aunque el operante haya llevado el instrumento à una gran distancia del tumor, se ha visto obligado à recurrir à la amputacion del brazo como único medio de salvar la existencia del enfermo; pero este recurso no tiene lugar cuando el fungo hematódes ocupa el fondo del ojo. La anatomía pathológica que tanto ha contribuido en especial en este último tiempo à los progresos de la cirugía, solo hasta aqui ha servido para patentizar la insuficiencia de los medios propuestos para detener los progresos de esta cruel afeccion. Bajo cualquier punto de vista que se mire atentamente el càncer del ojo, por funesta que sea su terminacion, es preciso convenir que es ménos formidable que el fungo hematódes: dos razones hay para esta diferencia: primeramente el càncer ataca en el principio las partes esternas del ojo, lo que permite al observador cerciorarse facilmente de todos los fenómenos que señalan su invasion: en segundo lugar principia frecuentemente por una afeccion benigna; esta afeccion con el tiempo cambia de naturaleza ò despues de un mal regimen degenera en un escirro, y finalmente en càncer corrosivo. Pero en el intévalo que separa estas dos épocas, es cuando los socorros del arte son bastante eficaces para prevenir la degeneracion del tumor. Segun mi opinion, solo distinguiendo estas dos

épocas ó estos dos períodos pueden apreciarse en su justo valor las curaciones de lo que se denomina cáncer del ojo, por medio de la estirpacion de este órgano y de las partes que lo circundan. Realmente si se considera con atención las circunstancias anteriores y los signos diagnósticos, se verá que la enfermedad que se habia creído cancerosa, procedia evidentemente de cualquiera otra causa que de un escirro. Tales son las escrecencias de la conjuntiva y del emisferio anterior del globo del ojo, resultantes de un estafiloma por mucho tiempo espuesto á la irritacion y úlcera-cion: tales son tambien las que se levantan en la misma membrana, desde mucho tiempo debilitada por la detension de la sangre y otros humores; las que provienen de ulceraciones de la córnea descuidadas ó tratadas por la ligadura ó por cáusticos; las que provienen de una optalmía violenta no contagiosa, tratada en su primer período por tópicos estimulantes; las que se manifiestan de resultas de una supuracion interna del ojo, con atrofia de este órgano y ruptura de la córnea; aquellas en fin, que se manifiestan á consecuencia de una contusion ó quemadura. No es á la verdad de admirar que todas estas escrecencias, que no se las podrá imputar el que sean cancerosas en el origen, conserven el mismo carácter hasta la época de la operacion, y que esta sea coronada de buenos resultados.

Mas no se puede negar que estas mismas escrecencias aunque de carácter benigno en el principio, se hagan con el tiempo cancerosas, cuando se dejan abandonadas á ellas mismas ó mal tratadas: esto seria ir contra las justificaciones mas irrecusables de la esperiencia.

Desgraciadamente la cirugía no conoce todavia una reunion de signos patognomonicos (escepto uno de que hablaré luego) á favor de los cuales pueda determi-

narse de una manera cierta la época en que un tumor abandona su primitivo carácter para degenerar en cáncer. La exaltacion de la sensibilidad, los latidos, los progresos del desarrollo, el calor, las materias hicosas, todo esto no basta para poder establecer nuestro juicio sobre la esencia cancerosa de una enfermedad. La única señal que si no es patognomónica merece mas confianza por lo menos que los otros, en especial si se juzga de ella por un sin número de observaciones, es la dureza casi cartilaginosa del cáncer; este fenómeno siempre precede à la formacion de esta enfermedad, y no se halla en los demas tumores de diferente naturaleza. Para esta observacion, mi guia ha sido examinar atentamente lo que sucede en las escrescencias de que se trata y en otras análogas, particularmente las que se desarrollan en las membranas mucosas, y observar el estado de las úlceras que de benignas que eran toman el carácter de malignas. No hay médico que ignore que mientras un pòlipo de la nariz ò de la garganta es blando, flexible, y descolorido, es por su naturaleza muy poco peligroso; mas si por la influencia de una mala constitucion ó de un mal regimen este cuerpo se endurece adquiriendo un color rojo oscuro, sintiendo el enfermo latidos en él y sangrando cuando se le toca, ¿podrá dudarse que este pòlipo no esté pròximo à hacerse canceroso? Lo mismo puede decirse del polipo maxilar. Tomando entonces el tumor con las pinzas para estirparlo, en lugar de ceder se rompe, presentando en el sitio de la ruptura una sustancia fibrosa bastante parecida à la que constituye las glándulas escirrosas. Las verrugas duras y cancerosas del miembro viril, en el principio son tuberculos blandos y fungosos. La escrescencia cancerosa del àngulo interno del ojo pasa igualmente al estado canceroso si de blanda que àn-

tes era se pone duro y casi cartilaginoso. Lo mismo sucede con el pterigion y el épulis (1). El mismo valor tiene para el diagnóstico el que esta dureza sea primitiva ó consecutiva á la aparicion de la escrescencia. El tejido de la carúncula lacrimal y el de la conjuntiva en nada se diferencia esencialmente del de la membrana que tapiza el interior de la nariz, la garganta, y los senos maxilares; no es pues inverosímil, que en las membranas internas del ojo nazcan, de resultas de la supuracion y de la rotura de la córnea, fungosidades ulcerosas asi como se verifica en otras membranas de la misma naturaleza. Sostener que el fungo del emisferio anterior del globo del ojo es el solo que puede hacerse canceroso sin pasar por el estado de induracion, seria oponerse á la ley general que tiene el primer lugar en la formacion del càncer. Por otra parte la esperiencia ha probado que el carácter específico de todo tumor canceroso, en cualquier paraje del cuerpo que este situado, es el ser duro al tacto y *dificil de comprimir* como el escirro que lo ha precedido (2).

Voy á referir algunas observaciones que ilustrando este asunto, sirvan al mismo tiempo de regla para determinar hasta que punto puede tenerse confianza en la estirpacion del ojo.

Pedro Compari; de Borgarello, de 48 años de edad, de mala constitucion, propenso á calenturas intermitentes, y á un reumatismo crónico; fué sobrecojido repentinamente de un dolor en el ojo izquierdo, que él atribuia á la impresion de un cuerpo extraño, pero nada justificaba esta conjetura. No tardò en ma-

(1) Tubérculo mas ó menos volúminoso que nace y se desarrolla en las encias ó que se levanta del fondo de los alveolos (Los traductores franceses.)

(2) Las úlceras callosas solo tienen los bordes duros; las cancerosas lo son en toda la estension de su superficie.

nifestarse una violenta optalmía con oscuridad general de la córnea; poco tiempo despues se levantó sobre esta membrana una escrescencia del tamaño de la mitad de una haba circunscrita por vasos sanguíneos dilatados: en el espacio de quince dias esta escrescencia aumentó hasta pasar mas allá de los bordes de los párpados. Tal era el estado de este enfermo cuando entró en el hospital. Se practicò la ligadura del tumor, se aplicaron cáusticos y la pomada de Janin. Creyéndose ya perfectamente curado, salió Compari del hospital, pero algun tiempo despues manifestose de nuevo el tumor y aun mayor de lo que era, su base ancha, pero quedó sin embargo blando y flexible en todos sus puntos. Estaba acompañado de punzadas dolorosas que se propagaban á la eabeza, y el enfermo ni de dia ni de noche disfrutaba del descanso à pesar del uso del opio y de cataplasmas anodinas. Para precaver la recaida de esta enfermedad, creí necesario practicar el corte del emisferio anterior del globo del ojo. El profesor Jacopi executó la operacion con un bisturí parecido al de Wenzell, pero un tanto mas largo; atravesó la escleròtica de parte à parte à tres líneas de la circunferencia de la córnea; el operante se llevó con este instrumento la mitad inferior del globo del ojo, y la superior con las tijeras curvas. Saliò juntamente con el cristalino una pequeña porcion del cuerpo vítreo; el derrame del restante se precaviò ordenando al enfermo cerrase los párpados. Durante las veinte y cuatro horas primeras, los dolores fueron vivos, y la calentura considerable: el dia quinto calmaron los síntomas asi generales como locales, y desde entonces empezó à derramarse del interior de la órbita una serosidad sanguínea y purulenta.

Seis dias despues de la época de que hablamos, el bulbo del ojo se presentó marchito y reducido;

los bordes del corte estaban encojidos y granulosos. Desde este momento la herida marchò regularmente á su cicatrizacion; y se completò en 20 dias. Hace ya cuatro años que este enfermo està curado, y no se le ha observado jamas el menor indicio de recaida.

Juana Grandini, aldeana, de 14 años de edad, de una delicada constitucion y mal conformada, tenia el rostro cubierto de cicatrices resultantes de la viruela. Esta niña fué atacada en el decurso de su sexto año de una optalmia grave en el ojo izquierdo, á la que siguiò la opacidad completa de la córnea, y finalmente un estafiloma. Ocho años despues de la formacion de este último, se manifestó en el mismo costado una inflamacion aun mas intensa que la primera. Todo el emisferio anterior del globo del ojo se convirtió en una especie de escrecencia colorada, dolorosa, de un aspecto canceroso, à excepcion que era blanda en toda su estension. Fué recibida la enferma en el hospital el 26 de noviembre de 1814, y tres dias despues el profesor Morigi le hizo la estirpacion del ojo. El primer dia, cefalalgia violenta, vòmitos frecuentes, calentura: se aquietaron desde luego estos sintomas con el uso interno del opio, y la aplicacion de las cataplasmas emolientes y anodinas; el dia siguiente se le hizo una sangria. El quinto la supuracion se estableció, y cesó la calentura; el octavo el pus era abundante y de buena calidad, se lavò diferentes ocasiones el interior de la òrbita con una decoccion de rosas y rhodomiel. Desde entonces la hinchazon de los párpados empezó à bajarse, y el fondo de la òrbita se cubrió de granulaciones. Se procuró la reunion de la division practicada en la comisura esterna de los párpados, por la aplicacion de vendoteles glutinosos. Una planchuela cargada de un linimiento compuesto de dos dracmas de unguento rosado, y quince granos de sal de

saturno (acetate de plomo) introducida entre los bordes de los párpados, bastó para completar la curacion que tardó poco mas de dos meses. Despues de un año y medio esta jóven disfrutó de la mas perfecta salud. El examen del órgano estirpado manifestó que la carnosidad ó fungo tenia su asiento en la conjuntiva, en la córnea y en la parte interior de la esclerótica. El fondo del ojo se curó en todas direcciones, con respecto à sus membranas, solo en lugar del cuerpo vítreo contenia un humor claro.

Fabricio Hildano (1) refiere la historia de un título de relajadas costumbres, atormentado por un reuma crónico, que en 1580 fué acometido de una violenta optalmía del ojo derecho acompañada de dolores muy vivos en la cabeza, vómitos, lipotimias y calentura intensa. La inflamacion resistió por espacio de seis semanas à los remedios mas eficaces. La supuracion se estableció en el interior del ojo, la córnea se rompió y puso fin à los dolores. Hacia ya quince años consecutivos que el sujeto de esta observacion espermentaba todos los años una ligera optalmía del mismo lado. En 1593 quiso volver à su modo de vivir, cuyo resultado fué una optalmía de las mas violentas que aun tomó mayor incremento con la aplicacion intempestiva de tópicos irritantes durante el período agudo de la inflamacion. En seis meses, contando desde la última optalmía la conjuntiva y el globo del ojo disminuyendo su volumen y retirandose al fondo de la órbita se convirtieron en un fungo de un rojo oscuro que amenazó hacerse saliente fuera de los párpados. La estirpacion era evidentemente el único remedio de tan gran desorden. El fungo contenia una concrecion del tamaño de media haba; sin embargo no se prolongaba has-

(1) *Opera omnia*, centur. I. observ. 1.

ta la parte posterior del globo del ojo; y el resultado de la operacion demostrò contra todas las apariencias que no era verdaderamente canceroso.

Fischer (1) refiere la siguiente observacion. Un aldeano de 36 años, de temperamento bilioso y melancólico, se alimentaba habitualmente de manjares bastos, y hacia uso de licores fermentados. En fin fué acometido de una optalmia, cuyos resultados fueron la opacidad de la córnea, la rotura de esta membrana, y finalmente la degeneracion del emisferio anterior del globo del ojo en una escrescencia roja, blanda, muy parecida à una coliflor, prominente fuera de los párpados. Se aventuró la estirpacion del ojo enfermo como único medio de curacion, y el éxito justificó completamente esta empresa. El ojo estirpado presentaba, como puede verse en la lámina anexa à esta historia, una grande escrescencia ó fungosidad dividida en muchos lóbulos; pero su parte posterior, los músculos y el nervio óptico estaban perfectamente sanos, lo quo aun es facil de comprobar por la misma lámina.

Kaltschmied (2) habla de un hombre de 50 años, acometido de una grave optalmia del lado izquierdo y para su alivio tuvo la desgracia de dirigirse à un charlatan; este le trató empiricamente; esto es, con estimulantes, la enfermedad se agravó, complicándose con dolores sumamente intensos en el ojo y cabeza. El primero de estos órganos adquirió un volumen doble de lo ordinario, rompiendose la córnea por diferentes puntos: en medio de estas grietas se manifestó una escrescencia blanda, y que en poco tiempo adquirió el tamaño de una nuesecita. Los dolores y el frenesí subsistian: sin embargo la estirpacion tuvo el

(1) *Disert. sistens tumorem oculi sinistri scirrhosum malignum feliciter extirpatum. Erfordiæ, an 1720.*

(2) Haller, *Disput. chirurg.*

mas feliz resultado; pues es evidente por la lámina que representa esta enfermedad que el emisferio posterior del globo ocular, los músculos que lo mueven, y el nervio óptico estaban en su estado natural.

Flajani (1) nos manifiesta que un jóven de 17 años, cerrajero, trabajando un pedazo de hierro candente, recibió una hoja de este metal en el ojo resultando de ello una violenta inflamacion, y finalmente la pérdida total de la vista. En 46 dias el bulbo del ojo degeneró en una escresencia ulcerosa desigual del tamaño de una pequeña naranja pero sin ser dura. La gravedad de los síntomas hicieron mirar la estirpacion del órgano afectado como único medio de salud. El dia de la operacion fué para el enfermo un dia de dolor; esperimentò por la tarde calofrios, que solo eran preludios de la calentura. Para calmar la cefalalgia, se le ordenó una sangría, prescribiéndole al mismo tiempo un grano de opio. El enfermo pasó una parte de la noche con delirio, por la mañana le sobrevino un abundante sudor con disminucion notable de calentura.

El quinto dia se renovò el apósito; la supuracion quedó establecida; toda la fosa orbitaria estaba llena de pus. Desde este momento empezó à disminuir la calentura, disipándose completamente el 24, la supuracion disminuyó progresivamente, y en el espacio de dos meses se realizó la curacion. (2)

El autor olvidó describir el estado de las partes dañadas, sin embargo segun la analogía de este caso con los que acabamos de esponer y la reunion de circunstancias que los han acompañado, me parece muy probable, no solo que la enfermedad no era cancerosa, sino que sus raices no se estendian mas allá

(1) Coleccion de observaciones tomo IV. obs. 37.

(2) Añadese á estas observaciones las que se hallan al fin del cap. VI.

del emisferio anterior del globo del ojo. Esta opinion es tanto mas verosimil, quanto que el mismo autor refiriendo la historia de un caso muy analogo en apariencia al precedente, añade que la operacion no surtió efecto porque la degeneracion morbosa que habia invadido todo el globo del ojo estaba cubierta de *verrugas ulceradas duras al tacto*, y porque del fondo de la órbita se derramaba una grande cantidad de sanie negruzca. En efecto al exámen del cadáver se halló el hueso zigomático cariado, y los que concurren à la formacion de la fosa orbitaria casi negros.

Me parece suficientemente probado que los resultados de la estirpacion del ojo han dependido en estos casos de dos causas: primeramente que quando se practicó la operacion, la degeneracion no habia aun adquirido aquel grado de dureza escirrosas que precede al desarrollo del cáncer: en segundo lugar las raices del mal no se estendian hasta el fondo del globo del ojo, y mucho menos hasta las partes que lo rodean, de modo que la incision debió caer necesariamente sobre las partes sanas.

Es incontestable que estas escrescencias, como las demas que se desenvuelven en otras partes del cuerpo, dependen de una mala disposicion de los enfermos, disposicion aumentada por la presencia de una diátesis particular, como las escrófulas, la sífilis, los herpes, y sobre todo el reumatismo. En efecto se ven individuos, viviendo bajo la influencia de las mismas circunstancias, atacados de una optalmia igualmente grave, de la supuracion interior del globo del ojo, del infarto de la carúncula lacrimal y de la conjuntiva: todos estan sometidos à la accion de los tópicos irritantes en el período agudo, y sin embargo solo en un reducido número de ellos se desarrollan escrescencias realmente cancerosas, aunque en rigor no pueden

mirarse las otras como simples y benignas. Pero se equivocan aquellos que despues de su aspecto, de la rapidez de su marcha, y de los dolores de que son asiento las creen cancerosas. Sin embargo es preciso exceptuar los casos en que la escrescencia del globo del ojo tiene su origen de un fungo canceroso de la piel de los párpados, porque entonces no puede haber duda ninguna sobre la naturaleza de la enfermedad consecutiva. Mas siempre que el tumor procede de las causas indicadas, y conserva su blandura primitiva, quiza jamas es canceroso, á lo menos segun mi parecer. En el ejemplo que hemos referido, Fischer deja entrever el obstáculo en que se halló para determinar el caracter de la enfermedad que iba à tratar: la escrescencia, dice, no era propiamente hablando un escirro, pero si *escirrososa* (1), y como à tal podia muy bien ser considerada como *maligna*, pero no como *cancerosa*. Ha conocido tanto mas la dificultad de decidir definitivamente sobre la naturaleza cancerosa de una degeneracion blanda, parecida à la sustancia cortical del cérebro, cuanto sabia que este carácter está en oposicion directa con el del escirro y del cáncer (1).

Resulta, me parece, de estas consideraciones, que

(1) *Loc. cit. pag. 10. Ecquid impedit quominus illum tumorem scirrhosum, non vero scirrhum absolute appellamus, quippe propullulavit non ex parte glandulosa, sed membranacea.*

Nec cum casu Hyldani comparari potest; quandoquidem neque livor et color plumbeus in parte affecta, nec dolor acutus punctorius circa nocentem ingravescens fuit observatus, sed tumor ille substantiam cerebri ex capite prolapsi amulabatur.

(2) Si solo se consultase à la callosidad del tumor para justificar su malignidad, un cirujano inesperto podria desconocer el peligro de un fungo hematodes, pues que esta afeccion es siempre blanda aun en su mayor desarrollo. Evitará este error, examinando cuidadosamente si la escrescencia proviene del emisferio anterior del globo del ojo, ó de la cavidad interior de este órgano, y recapasitando todas las señales anteriores y características del fungo hematodes.

el diagnóstico menos incierto del cáncer es el que se funda sobre los síntomas siguientes: primeramente pastosidad ó dureza general del tumor; ausencia ó presencia de verrugas ulcerosas que hacen desigual su superficie: en segundo lugar la duracion de la enfermedad, temperamento del enfermo, vicio de su constitucion, calidad de las pulsaciones que se propagan por intervalos à la ceja, à la nuca, y que aumentan de intensidad durante la noche: materias hiecorosas de un olor nauseabundo y propias del cáncer, ulceraciones que se cierran y se renuevan alternativamente; en fin, irritacion permanente de los párpados y de la piel de la mejilla correspondiente al sitio de la escrescencia.

Paréceme tambien que un cirujano jamás debe estar indeciso ni sobre la necesidad ó inutilidad de practicar la estirpacion total ó parcial del globo del ojo, ni en la eleccion de los medios propios para combatir la diátesis dominante, escrofulosa, venerea, ù otra. Esta es pues la ocasion de repetir que es de la mayor importancia, el asegurar el momento favorable para la operacion, pues que el fungo del emisferio anterior del globo del ojo, no canceroso en su principio, puede llegar à serlo con el tiempo, y algunas veces en el solo espacio de seis meses. Entonces pasa del *estado blando al duro y escirroso* y se cubre de *verrugas duras*; en fin degenera en *carcinoma*, se propaga à las glándulas linfáticas de la mandíbula inferior y del cuello, y en un corto espacio de tiempo caria hasta los huesos de la órbita.

No promoveré la difícil cuestion de saber si el cáncer es puramente una afeccion local ò el resultado de una diátesis general. Sin embargo no titubearé en asegurar que siempre que hay una absorcion de pus provisto por la úlcera, la infeccion se difunde por toda la economía, haciéndose luego superior

à los recursos del arte. Con todo eso hay época en que, á pesar de las apariencias, esta formidable afeccion es susceptible de ser curada radicalmente à beneficio de la operacion. Dije anteriormente las señales por las cuales se reconoce esta época oportuna, que la esperiencia y la observacion me han dado à conocer.

Recopilando todo cuanto hasta aqui hemos dicho à algunos preceptos generales estableceremos los corolarios siguientes.

1.º El fungo hematòdes del interior del ojo es una afeccion perfectamente distinta del càncer que acomete à las partes esternas de este òrgano, considérese ò no el primero como una modificacion del segundo.

2.º El fungo hematòdes del ojo es mas comun en los niños menores de doce años que entre los adultos.

3.º La estirpacion total del òrgano afectado, aunque practicada desde la manifestacion del fungo, no es de ninguna utilidad, ò mas bien acelera la pérdida del enfermo.

4.º La escrescencia fungosa comunmente conocida bajo el nombre de *carcinoma* tiene su sitio en la conjuntiva ó en el emisferio anterior del globo del ojo.

5.º Miéntas que esta escrescencia es *tierna, blanda al tacto y pulposa* jamas es cancerosa: solo adquiere este carácter despues de haber sido *dura, consistente, verrugosa y escirrosas* en todos sentidos.

6.º Es incurable cuando es antigua, dura al tacto en todos sus puntos, y cubierta de verrugas ulceradas; cuando comprende el globo del ojo todo entero, el nervio óptico y las partes que lo rodean; cuando los huesos estan cariados, é infectadas las glándulas linfáticas del cuello.

7.º Al contrario, la estirpacion total ó parcial de globo del ojo es seguida de buenos resultados siempre que se practica antes que el tumor haya pasado del estado blando à la dureza de escirro.

Puede aplicarse à la estirpacion del ojo todo lo que se ha dicho nuevamente del trépano, esto es, que su exito, frecuentemente funesto, depende mucho menos de la misma operacion que de la gravedad de la enfermedad que la reclama y del momento de su ejecucion. En efecto si se considera que el pretendido càncer del ojo en los niños solo es el fungo hematodes, cuya estirpacion es siempre imponente; si se atiende à que en los adultos, esta operacion frecuentemente no se practica sino cuando la fungosidad ha pasado del estado escirroso al del càncer ulcerado; cuando todas las partes situadas en la cavidad de la órbita y fuera de ella estan infectadas; si se atiende à todo esto se conocerà el porque esta operacion ha sido hasta aqui casi siempre inútil ó peligrosa. Pero hoy dia, que sino me engaño, conocemos las condiciones favorables à su ejecucion, hay motivo para creer que sus buenos resultados serán mas frecuentes, y que tendrá lugar entre las operaciones mas importantes y útiles de la cirujia.

Para asegurar el feliz éxito de esta operacion, haciéndola en lo posible menos dolorosa, es preciso ejecutarla segun todas las reglas del arte. El operante repasarà en su memoria todas las partes que unen anteriormente el globo del ojo à los párpados, y posteriormente al fondo de la órbita, para que pueda de este modo dirigir el instrumento con tanta precision, que ecsacta y prontamente divida todas estas partes. Entre ellas se hallan por un lado la conjuntiva, el músculo elevador del párpado superior, el nervio subciliar y el nasal, las arterias y venas del mismo nombre, el tendon de los músculos grande y pequeño

oblicuo, y por otro el origen de los músculos rectos, el del elevador del párpado superior y del grande oblicuo, el nervio óptico, el tronco de la arteria optálmica, y todo lo que entra en la órbita por la hendidura esfenoidal, esto es, el filamento optálmico del quinto par, del tercero, cuarto y sexto, y la confluencia principal de las venas optálmicas.

Acostado el enfermo con la cabeza un poco elevada, un ayudante levanta el párpado superior, mientras que el cirujano con el índice y el medio de una mano, baja el tumor igualmente el globo del ojo y el párpado inferior. Con la otra mano toma un bisturí convexo y divide luego la comisura esterna de los párpados a la estension de cinco ó seis líneas, si el volumen del tumor lo ecsige; corta despues la conjuntiva en el ángulo esterno, dirige el instrumento ácia la carúncula lacrimonal y corta rasante al plano superior de la órbita, el músculo elevador del párpado superior, el tendon del grande oblicuo, y el nervio subciliar. Sino se tiene la precaucion de rasar, por decirlo asi, la bóveda orbitaria con el bisturí, el músculo elevador del párpado superior puede escapar al corte del instrumento, lo que es por otra parte fácil de preveer pasando la estremidad del dedo en la arcada orbitaria; si este músculo se ha librado de la primera incision, con facilidad se le divide igualmente que el nervio subciliar, volviendo el bisturí de bajo arriba contra el plano superior de la órbita. Levantando luego el tumor y el globo del ojo y bajando el párpado inferior, se continua el corte a lo largo del borde inferior de la órbita desde el ángulo esterno ácia el interno: de este modo el bisturí resvala entre el borde inferior de la órbita y el músculo pequeño oblicuo, mientras que dirigiéndose del ángulo interno ácia el esterno, pasaria entre el globo del ojo y este mismo músculo.

201 Aislado el globo del ojo de las partes que le rodean y del ramo nasal del nervio óptalmico, cae sobre el costado esterno de la órbita, y deja al operante la facilidad de conducir el dedo índice al fondo de esta cavidad. A favor de este dedo, introduce facilmente las tijeras curvas con las que corta con un solo golpe los músculos del ojo en su insercion, asi que el nervio óptico. Hecho esto, da vueltas suavemente con el dedo al rededor del fondo de la órbita à fin de separar cada vez mas el globo del ojo de las partes adyacentes; lo tira un poco àcia él con el dedo doblado à manera de garfio, y con un segundo golpe de tijeras corta todo lo que penetra en la fosa orbitaria por la hendidura eseno-orbitaria. Para no dejar ningun vestigio de la enfermedad, el operante introduce de nuevo el dedo à lo largo de la cara interna de la órbita, en donde reconoce facilmente el cuerpo del músculo grande oblicuo que se llevó con la herina y las tijeras; extirpa tambien la glándula lacrimal. Esta parte de la operacion no ofrece generalmente ninguna dificultad, con motivo de la division de la comisura esterna de los párpados. Despues de haber vaciado y limpiado la fosa orbitaria de los grumos de sangre que contenia, se llena de taponos de hilas suaves hasta su base; estos taponos sirven de punto de apoyo à los párpados, que igualmente se cubren con una planchuela cargada de unguento simple, una compresa, y un bendage análogo al monóculo. En cuanto à la curacion consecutiva, desde que la supuracion empieza, se practica lo que hemos dicho ya en las observaciones precedentes.

Es à la verdad admirable cuando se considera, con que arte la naturaleza desarrolla en lo interior de la órbita una nueva sustancia para disminuir con ella la cavidad. Esta sustancia se adelanta desde todos

los puntos de sus paredes, y va á reunirse con los bordes separados de la conjuntiva de ambos párpados, y acaba por formar una especie de tabique entre estos y el f6ndo de la fosa orbitaria. Cuando este tabique est6 poco distante de los párpados puede colocarse un ojo artificial: pero en caso contrario, la aplicacion de este cuerpo es dificil y aun algunas veces insoportable al enfermo, no correspondiendo 6 su objeto: en efecto, el párpado superior cae, y el ojo artificial apoya en el fondo de la 6rbita; es pues preciso darle posteriormente una forma c6nica tal que pueda estar convenientemente colocado. Pero en uno y otro caso el ojo artificial est6 inm6vil, y casi del todo oculto por el párpado superior paralizado; lo que hace que el enfermo parezca vizco y mucho mas disforme que cuando los párpados estan enteramente cerrados y cubiertos con una cinta negra que pasa oblicuamente por la frente. (1).

(1) A la verdad la indecision de los casos en que se puede con buen 6xito intentarse la estirpacion del cancer del ojo, es realmente un vacio en la facultad que se hace tanto mas sensible cuanto que en algunas ocasiones se compromete por momentos la vida del paciente. Este poderoso motivo di6 lugar 6 que el Dr. Scarpa tratase de fijar las circunstancias en que dicha operacion cura el c6ncer ocular, y previene la recaida, mil veces mas temible que la enfermedad primitiva, igualmente que aquellas en que el temor de funestos resultados, por desgracia harto frecuentes, indican que no debe practicarse: sin embargo el presente hecho quizas manifestar6 que la opinion del pr6ctico Italiano si bien podria considerarse como cierta de un modo general, no debe retraer el recurrir 6 la estirpacion del globo ocular siempre que no se presente otro medio de salvar la vida al doliente, y que reconociendo el mal causas locales, no est6 complicado ni con vicio alguno, ni con lesion viceral que efectivamente la contraindicarian; pues es cierto que cuando ella no evite la reproduccion del c6ncer, prolonga por mas 6 menos tiempo la existencia del enfermo libr6ndolo de los crueles dolores 6 incomodidades inseparables de la enfermedad en cuestion.

En Julio de 1826 el Dr. D. Ramon Frau otro de los catedr6ticos del Real colegio de Medicina y Cirujia de la ciudad de Barcelona ejecut6 la estirpacion de un ojo canceroso 6 un enfermo del hospital general de

Observacion.

De una concrecion calculosa desarrollada en el interior del ojo.

Entre el gran número de ojos que he disecado, gracias á la atencion del Sr. Monteggia, célebre cirujano de Milan, solo he hallado uno quasi transformado enteramente en una sustancia petrosa. (1)

Este ojo estraido del cadáver de una muger vieja, era poco mas ó menos la mitad mas pequeño que el sano. La córnea estaba oscurecida; el iris presentaba una figura bastante particular, era concava y sin abertura en su centro. Lo restante del bulbo era duro al tacto, desde la córnea hasta el fondo del ojo. El corte me dió á conocer que la esclerótica, (2) y la coròyde (3) estaban casi en un estado natural. De la cámara anterior del humor aqueo salió una pequeña cantidad de un fluido claro. De-

aquella capital de edad 42 años, y cuyas señales patognomónicas eran iguales á los del cáncer maligno indestructible segun el ilustre profesor Italiano. Una escrescencia al principio verrugosa, convertida en dureza cartilaginosa en sus últimos periodos, cuya degeneracion ulcerosa aceleró la intempestiva aplicacion de un plan irritante que acarreó la destruccion de la parte superior, la posterior, y sucesivamente la anterior, ofrecian un aspecto horroroso; dolores lancinantes en la cavidad y base de la órbita, abundantes y espontaneas hemorragias, indicio de la destruccion rápida y profunda de la sustancia del fungo canceroso y tejidos adyacentes; adherencias del párpado inferior al tumor con principio de degeneracion, tales eran los sintomas que presentaba y constituian al cáncer en estado de malignidad cuya estirpacion debe evitarse insiguiendo los preceptos de nuestro autor, y que no obstante tuvo un resultado muy favorable en el enfermo que forma el objeto de esta observacion, librándole de la muerte inevitable la decision del profesor. Las repetidas observaciones de hechos análogos añadidas á la presente, podrán quizas algun dia contribuir á determinar con exactitud esta interesantisima parte de la medicina operatoria. (El traductor español.)

(1) Lám. 1 fig. 8.

(2) Ibid. a. a.

(3) Ibid. b.

bajo de la coróyde hallé dos cuerpos duros petrosos unidos por una sustancia membranosa compacta. El uno era anterior y el otro posterior. El primero (1) ocupaba el fondo del ojo; el segundo (2) el lugar propio al cuerpo ciliar y al cristalino.

Corté de parte á parte la membrana compacta interpuesta entre los dos mencionados cuerpos. En el lugar del cuerpo vítreo hallé algunas gotas de un liquido glutinoso, sanguinolento, y en la direccion del eje de esta cavidad un pequeño cilindro blando (3), que se prolongaba desde el fondo del ojo hasta el centro del cuerpo duro, precisamente en el lugar que ocupan el cristalino y su càpsula, partes que ambas faltaban enteramente.

La superficie posterior del íris habia contraído fuertes adherencias con una sustancia cartilaginosa situada en el centro del cuerpo calculeoso anterior; de modo que el íris visto del lado de la córnea y de la càmara anterior, parecia concavo en su centro.

El nervio óptico reducido á la magnitud de un hilo atravesaba la esclerótica, la coróyde, (4) y el centro del cuerpo calculeoso posterior, y se perdia en el pequeño cilindro (5), que segun he dicho iba á introducirse en una sustancia cartilaginosa situada en el centro mismo del cuerpo anterior. La mayor parte del cuerpo cilindrico, sobre todo en los alrededores del cuerpo ciliar, no era otra cosa, segun todas las apariencias, que la membrana hyalóyde atrofiada, arrugada y degenerada en una sustancia compacta. La misma observacion he hecho anteriormente hablando de la diseccion de un ojo hidrópico.

(1) Lám. 1 fig. 8. c. c.

(2) Ibid. d. d.

(3) Ibid. f.

(4) Ibid. e.

(5) Ibid. f.

Haller vió un caso parecido al que acabamos de referir, y nos ha dado la descripción de él, la que creo debo precisamente transcribir aquí con motivo de su analogía.

In furis cadavere, dice (1), quod anno 1752 dissecuimus, diritas quidem morbi non tanta, raritas autem etiam mior fuit. Cum etiam in eo homine nervos oculi sollicite pararemus, cæcum fuisse eo latere, atque cicatricem in cornea esse et duritatem in oculo ipso apparuit. Cum dissectione defuncti essemus, apparuit mira mali causa. Choroidea membrana suberat, retinæ loco, lamina ossea, aut lapidea (nam fibras osseas nullas vidimus), cui ipsa choroidea adhærebat, ut alias retinæ solet concentrica, hemisphærio cavo similis, nisi quod duplici lamina fieret, et in altero latere duobus quasi loculis excavaretur. Is quasi scyphus accurate rotundo foramine perforabatur, qua nervus opticus subit, ut eo magis induratum retinam esse appareret.

Intra hanc osseam cavum nullum vitreum legitimum corpus, sed nervum, quasi album nempe cylindrum reperimus, qui per foramen ossei cyathi transmisus metiens ejus diametrum, denique adhærebat osseo confuso corpori, quod potuisses pro corrupta lente crystallina habere. Ei corpori undique et iris, et processus ciliarum cognomines connascebantur, et cornea denique ad quam iris pariter conferbuerat. Nunc sive retinam, ut ego persuadeor, sive quidquam aliud esse velis, quod in os cavum et hemisphæricum mutatum sit, in oculo tamen tenerrima parte corporis humani indurationem perfectam natam esse apparet; nihil ergo in corpore nostro dari, quod indurari nequeat. Lapillos aliquos in lente crystallina repositos fuisse legi; ejusmodi autem morbus, nescio an visus fuit, qualem hæc opportunitas nobis obtulit.

(1) *Observ. patholog. op. min. observ.* 65.

Fabricio de Hildano (1) Lancis, Heistier (2) Morgani (3), Morand (4), Zin (5), Pellier (6), hablan espresamente de las concreciones calculosas del interior del ojo.

APENDICE.

Tom. I. Pág. 6, lin. 27.

Hamel y Flajani han hecho algunas observaciones sobre la teoría que he propuesto tocante al origen, desarrollo y formación de la fístula lacrimal. Dicen primeramente que han visto esta enfermedad sin ninguna alteracion de los párpados ni de las glándulas ciliares; en segundo lugar que todo flujo palpebral puriforme no es seguido de fístula lacrimal; en fin que esta enfermedad se cura con la sola operacion, esto es sin combatir la alteracion de los párpados ni de las glándulas sebáceas, cuando estas partes estan alteradas.

Mas sosteniendo que la fístula lacrimal empieza por una alteracion de los párpados antes de manifestarse en las vias lacrimales, no pretendo decir que dejen de existir algunos casos en que las membranas del conducto nasal y del saco lacrimal esten obstruidas y aun ulceradas, aunque los párpados esten perfectamente sanos. No hay en medicina regla tan general que no sufra alguna escepcion. Pero aseguro que en los mas de los casos el primer asiento de la enfermedad es en

- (1) Centur. 1. observ. 1.
- (2) *Vindicie de cataract.* p. 97.
- (3) *De sed et caus. morb. epist.* 13. 9, *epistol.* 52, 30.
- (4) Memorias de la academia Real de ciencias año 1730.
- (5) Hamburg. Magz. de retina osificata 19 B.
- (6) Recopilacion de memorias y observaciones sobre el ojo, obs. 139.

los párpados, desde donde se propaga à los conductos lacrimales propiamente dichos.

En una práctica de mas de 30 años no se ha presentado à mi observacion un solo ejemplo de fístula lacrimal que no haya sido precedida, à lo ménos de algunos meses, de repetidas optalmias leves ò graves, de un infarto crónico en los bordes de los párpados, sobre todo en el inferior, y de una rubicundez mas ó ménos intensa de la porcion de la conjuntiva correspondiente à los bordes libres de los párpados: afecciones inseparables de un lagrimeo mas ó ménos abundante, y de aumento de lagañas. El primer efecto de este desòrden es la falta de proporcion entre la abundancia de las lágrimas y los conductos que ellas atraviesan àntes de llegar à la nariz; con las lágrimas se mezcla una materia mucosa, pegajosa, puriforme, que procede patentemente de un vicio de secrecion en las glándulas de meybomio y en la conjuntiva palpebral. Entonces es cuando el enfermo empieza à encontrar sus párpados pegados por la mañana. Es pues muy seguro que la lagaña, sustancia viscosa, untosa, y bien distinta del moco, no procede del saco lacrimal. En efecto, la compresion del saco no hace experimentar ningun dolor; no està dilatado; en fin no vuelve à enviar al ojo ninguna especie de materia, à escepcion de las lágrimas, porque el canal nasal estando todavia bastante libre, la mayor cantidad de este humor fluye incesantemente en la nariz con la lagaña que en cierto modo tiene disuelta. En seguida quando las lágrimas y la lagaña adquieren un cierto grado de acritud, como es muy comun, la fístula lacrimal es precedida de una rubicundez de la carúncula, y de la escorasion de la comisura interna de los párpados y puntos lacrimales. Sin embargo el saco lacrimal frecuentemente se conserva en su estado natural. Pero en fin llega el caso en que la secrecion puriforme

me de las glándulas de meybomio se hace mas compacta y espesa; entónces es cuando el saco lacrimal se dilata progresivamente y el enfermo se queja de una sensacion incómoda en el ángulo interno del ojo que le obliga à dirigir alli sus dedos; entónces, por la primera vez la compresion del saco hace refluir una materia amarilla, sebácea, parecida à la lagaña de que està el ojo cubierto especialmente por la mañana. Hasta aqui el saco lacrimal no ha presentado ninguna señal de inflamacion, de supuracion, ni ulceracion, de donde pudiese dimanar esta materia puriforme. Atribuirle à la secrecion de la membrana interna del saco, irritada por la calidad de las lágrimas y de la lagaña que lo atraviesan, seria hacer depender la fistula lacrimal de la calidad de estos humores, sin reflexionar que la membrana interna del receptáculo lacrimal no es propia para segregar una materia sebácea y untuosa como la lagaña. En este estado de cosas es digno de atencion que si se emplea à tiempo la pomada antiophtálmica de Janin, dos ó tres semanas despues la secrecion puriforme disminuye y se suprime; la hinchazon del margen de los párpados se baja, la conjuntiva palpebral se pone pàlida y la materia que refluye en el ojo por la compresion del saco solo es una serosidad turbia: prueba cierta de que la secrecion morbífica de los párpados habia dado lugar à esta reunion de materias untuosas puriformes, pero muy diferentes del verdadero pus segregado por la membrana interna del saco ulcerado. Cuando el desórden de estas partes procede solamente de la atonía de este receptáculo, ò de la compresion de la embocadura del canal nasal por la presencia de un pòlipo en la nariz correspondiente, el humor que refluye en el ojo solo se compone de lágrimas.

A la verdad no es difícil creer que la sífilis, el vicio escrofuloso, la viruela, y los herpes pueden trans-

portarse á la membrana mucosa de la nariz, y propagarse al canal nasal y saco lacrimal; pero no es tal la marcha comun de las cosas. La esperiencia ha acreditado que las diátesis que acabamos de enumerar, ántes de determinar la fistula lacrimal, atacan la conjuntiva ocular y palpebral, producen frecuentes optalmías, la obstruccion del borde libre de los párpados, el aumento de secrecion de las lágrimas y lagañas; á estos accidentes sobreviene la dilatacion del saco lacrimal y finalmente la fistula lacrimal.

A la verdad el flujo palpebral puriforme no siempre es seguido de fistula lacrimal. Las escepciones pueden depender de que la secrecion de lagaña no ha sido enteramente descuidada, ò de que siendo ménos espesa que de lo ordinario, baja libremente con las lágrimas en la nariz por medio de los canales anchos y muy abiertos. Es pues incontestable que la materia puriforme no se detiene en estos canales à no ser por motivo de su espesor, por la atonía del saco lacrimal, por la obstruccion de sus membranas y de las del canal nasal, y algunas veces à causa de la estrechez natural de este conducto, disposicion quizá mas comun de lo que creen los mas de los cirujanos. En cuanto al flujo palpebral puriforme *agudo*, tal como el que procede de la transportacion del vírus gonorráico en los párpados, el de la optalmía contagiosa y de la de los recién nacidos; la inflamacion y la hinchazon de los párpados es en este caso tan considerable, que los puntos lacrimales cerrados y desviados de su direccion natural, quedan inaptos para recibir no solo las mucosidades puriformes, pero ni aun las mismas lágrimas, que inmediatamente se derraman por las mejillas, no pudiendo por consiguiente ejercer ninguna irritacion sobre la membrana interna del saco lacrimal. Generalmente no se equivoca uno diciendo que puede existir un derrame muy abun-

dante de lagañas sin fistula lacrimal, pero jamas ò muy raramente fistula lacrimal que no haya sido precedida de este abundante derrame. Para convencerse de esta verdad, es indispensable observar los fenómenos que preceden á la enfermedad en cuestion mucho tiempo ántes de su invasion. Luego que la dilatacion del saco lacrimal empieza à manifestarse, se confunde la enfermedad de los conductos lacrimales con la de los párpados. En un periodo adelantado de la fistula y aun despues de la interrupcion del flujo palpebral, la afeccion de los conductos lacrimales permanece, y la operacion se hace indispensable. Finalmente aunque pueden citarse algunos casos de fistula lacrimal curada por la operacion, sin contar con la alteracion de los párpados y de las glándulas de Meybomio, esto no basta para destruir mi teoria sobre la fistula lacrimal, ni para rechazar el método curativo que he propuesto contra esta enfermedad. En efecto algunas ocasiones se ven desaparecer ó cambiar de lugar ciertas diátesis sin el socorro de los tópicos por la sola influencia de los remedios internos y un buen régimen. Para la curacion de la fistula lacrimal en su primer grado, Flajani inyectaba en el saco lacrimal por los puntos lacrimales un licor balsámico de su composicion, licor probablemente deterativo y astringente; no pensaba en corregir la secrecion morbosa de los párpados; pero es sumamente probable que este liquido derramándose entre el ojo y los párpados, contribuia à suprimir el flujo palpebral, que considero como causa primitiva de la enfermedad de las vias lacrimales. Falta saber si algunos enfermos en quienes despreciaba la secrecion morbosa de los párpados, experimentaron alguna recaida despues de la operacion.

Pág. 94, lin. 12. Por una equivocacion en una carta dirigida al Sr. Maunoir, combati el método propuesto por Adams contra el *ectropion*. Por un extracto de su obra

creí pretendia dar una regla general para la curacion de esta enfermedad ; pero por la lectura del original me convencí que limitaba la aplicacion de su proceder al caso raro en el que el simple corte de la porcion del párpado es insuficiente, sea con motivo de la antigüedad del ectropion, ó bien por la extraordinaria relajacion del párpado y por la dilatacion del tarso, sobre todo en sujetos de avanzada edad. Segun Adams se obtiene entonces la curacion completa, quitando con el dobléz de la membrana interna del párpado una porcion de este mismo y del tarso. El Sr. Adams hace una doble incision en el párpado inferior en forma de V, como en la operacion de pico de liebre ; reúne despues los dos labios de la herida por un punto de sutura y por la aplicacion de algunos vendoteles glutinosos. El quinto día quita los hilos , pero deja los vendoteles en su lugar hasta la perfecta curacion.

El autor hace mencion de los principales obstáculos que pueden oponerse al éxito de la operacion: si la pérdida de sustancia es muy considerable, el hilo demasiado tirante divide las partes antes de la reunion de la herida; y si los labios de ella no estan en inmediato contacto, se forma ya à la parte superior, ya à la inferior un pequeño espacio que deja caer las lágrimas por la mejilla. En efecto de cuatro enfermos operados por el Sr. Adams, el segundo y el tercero presentaban una pequeña hendidura en la parte superior del párpado, y en el cuarto la herida no se habia reunido en su ángulo inferior, y amenazava la formacion de una fistula. No será de admirar que de estos accidentes sobre todo el primero sea bastante frecuente, si se considera que la substancia cartilaginosa del tarso no se reúne con tanta prontitud como las partes musculosas ò tegumentosas de que se compone lo restante del párpado. Sin embargo el

Sr. Adams nos asegura que se vencen estos obstáculos determinando con una escrupulosa atencion la pérdida de sustancia que hay que practicar; pérdida que debe ser relativa à la relajacion del párpado y à la mayor estension del tarso, practicando la sutura no inmediatamente debajo del tarso, y sí en la parte media de la longitud de la herida; manteniendo despues de la caída de los hilos, aplicados los vendoteles glutinosos, y tocando de cuando en cuando los labios de la division con la piedra infernal, para favorecer el desarrollo de los mamelones carnosos.

Puede concluirse que el ectropion producido por una relajacion escesiva del párpado, y por la mayor estension del tarso, es susceptible de una entera curacion; de modo que de las tres formas bajo las que se presenta esta enfermedad, solo hay incurable aquella en que la pérdida de sustancia de los tegumentos, causa primitiva del ectropion, es tan considerable, que aun despues de quitada la fungosidad del párpado, no está al alcance del arte dar à este órgano la estension necesaria para volver à cubrir el globo del ojo.

Pág. 135, *lin.* 3. En cuanto à la optalmia de Egipto en general, del modo con que esta enfermedad se difunde en Italia entre los soldados, los fenómenos de que va acompañada, y la curacion mas conveniente, léase la disertacion del Dr. Omodei; disertacion llena de excelente erudicion y preceptos prácticos importantes. El autor manifiesta que esta enfermedad contagiosa, ni en Inglaterra ni en la Suiza ha sido tan funesta como en ciertos lugares de Italia, y principalmente en Ancona donde por circunstancias que no siempre están al poder de la medicina resolver, el período agudo fué mas largo que todo otro. Despues que cesaban los síntomas inflamatorios, se recurria con ven-

taja à los colirios astringentes repercusivos, tales como una disolucion de sulfato de zinc ó de muriato de sosa con agua avinagrada; una ligera solucion acuosa de acetate de plomo ó de alcanfor, una cucharada de café de zumo de limon con el doble de *asack* (aguardiente de arroz) (1) en cuatro cucharadas de agua; la piedra divina de Janin añadiéndole un poco de acetate de plomo solidò; una disolucion de algunos granos de sublimado corrosivo en agua, el opio en tintura etc.; en una palabra la curacion local es poco mas ó ménos la misma que la de la optalmía *purulenta* de los niños ò la de la *gonorráyca*.

(1) Conocido en la India oriental por aguardiente de azucar (El traductor español.)

FIN DEL II. Y ULTIMO TOMO.

ESPLICACION DE LAS LAMINAS.

LAMINA I.

Figura I.

Vuelta del párpado inferior, ocasionada por la contraccion de sus tegumentos, de resultas de una cicatriz ancha situada debajo de este mismo párpado.

Figura II.

Estado del párpado inferior (fig. 1.) despues de la operacion. Se vé que con motivo de la gran contraccion de los tegumentos, asi del lado del temporal como del de la nariz, el párpado inferior no ha podido volver à subir àcia su àngulo esterno lo mismo que en el interno. Sin embargo apoya bastante bien el globo del ojo inferiormente, para impedir el derame de lágrimas sobre la mejilla y corregir la deformidad.

Figura III.

Dos Pterigions de diverso tamaño en un mismo ojo extraido de un cadaver.

a. Pterigion mayor, situado en el globo del ojo, del lado de la nariz.

b. Pequeño pterigion, situado àcia el temporal. La línea recta y la semicircular, delineadas en el pterigion a. indican la doble direccion que es preciso dar à la incision que se practica para extirpar esta enfermedad.

Figura IV.

Disecion de la conjuntiva del ojo (fig. 3.), de donde claramente resulta que el pterigion consiste en una densidad morbosa de la conjuntiva que vuelve à cubrir la superficie esterna de la córnea.

Figura V.

- a. Nube de la córnea.
- b. Haz de vasos sanguíneos varicosos de la conjuntiva que mantienen y alimentan, digámoslo así, la nube de la córnea.

Figura VI.

a. Procidencia del iris por medio de una úlcera de la córnea: se observa en la misma figura la constriccion y el desorden preternatural de la pupila y la forma oblonga que ella toma en semejantes circunstancias.

Figura VII.

Estado del ojo (fig. IV) despues de la curacion de la procidencia del iris. La pupila en parte vuelve à tomar su figura natural.

Figura VIII.

Concrecion calculosa del interior del ojo.

- a. a. La escleròtica vuelta.
- b. Porcion de la choròyde.
- c. c. Concrecion calculosa en forma de *esquidilla* ó de *platillo* que ocupa el fondo del ojo y precisamente el lugar del cuerpo vítreo.

d d. Otra concrecion calcuosa en el lugar del cuerpo ciliar.

e. Entrada del nervio òptico en el interior del bulbo por el centro del platillo calcuoso *c. c.*

f. Cuerpo blando que de la parte posterior del ojo se estiende hasta el lugar de la càpsula del cristalino.

Figura IX.

a. Estafiloma de la esclerótica y de la choróyde, situado en el fondo del ojo.

Figura X.

a. Otro estafiloma de la esclerótica y de la choróyde.

Figura XI, y XII.

Pupila artificial.

Figura XIII.

Doble incision del iris para la formacion de la pupila artificial.

LAMINA II.

Figura I.

Elevador del párpado superior.

Figura II.

Tijeras curvas para el corte de los tegumentos de los párpados en la *trichiasis*, ó en caso de escesia relajacion de los tegumentos de los párpados.

Figura III.

Tijeritas muy cómodas para cortar cualquiera porcion del interior de los párpados ò de la conjuntiva.

Figura IV.

Tijeras curvas en el dorso, conocidas bajo el nombre de tijeras de *cuchara*.

Figura V. y VI.

Aparato para cauterizar el hueso úngüis y la membrana pituitaria que lo cubre en la cavidad de la nariz.

Figura VII.

Pequeño cuchillo para cortar la córnea.

Figura VIII. y IX.

Tijeras de *Maunoir* para la formacion de la pupila artificial.

Figura X.

Sonda de plomo enteramente sólida, armada de una pequeña lámina destinada á comprimir la pared esterna del saco lacrimal.

Figura XI.

Aguja de punta encorvada para la depresion de la catarata. La punta del mismo instrumento visto con la lente.

Figura XII.

La misma aguja con punta recta.

INDICE

De las materias contenidas en este tomo.

	Pág.
CAPITULO 1º De la prociencia del iris	1
CAPITULO 2º De la catarata.	20
CAPITULO 3º De la pupila artificial.	80
CAPITULO 4º Del estafiloma.	103
CAPITULO 5º De la hidropesía del ojo ó de la hidrophtalmia	122
CAPITULO 6º De los tumores enkistados de la fosa orbitaria.	141
CAPITULO 7º De la amaurosis y de la hemeralopia.	153
CAPITULO 8º Del fungo hematodes y del cáncer del ojo.	195
Observacion sobre una concrecion calculosa desarrollada en el interior del ojo.	219
Explicacion de las láminas.	230

FIN.

Fig. XIII.



Fig. II.

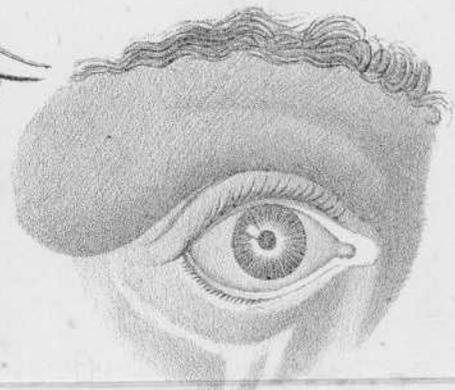


Fig. I.

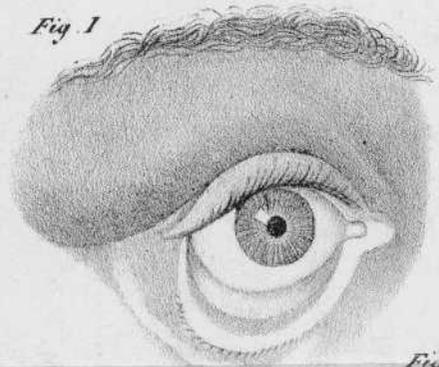


Fig. XI.



Fig. XII.

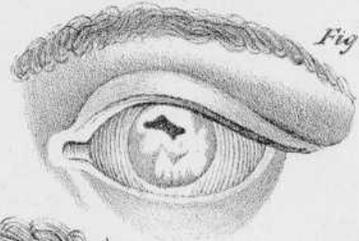


Fig. III.

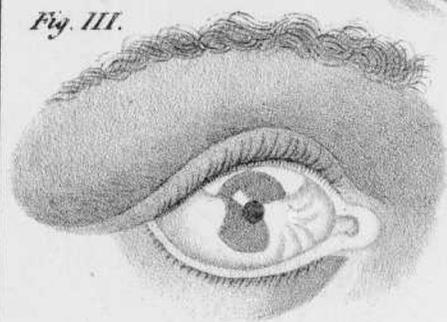


Fig. IV.

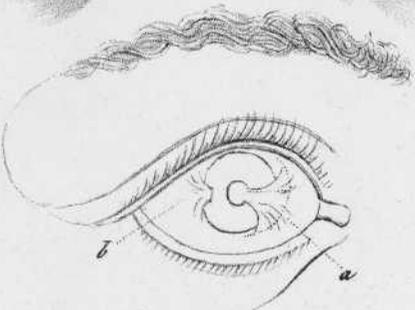
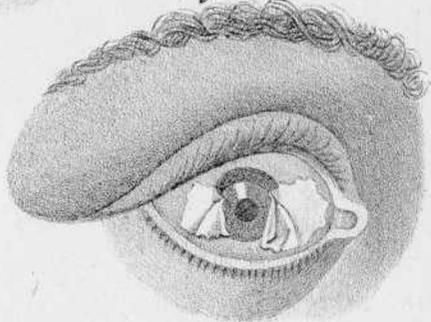


Fig. VI.

Fig. V.

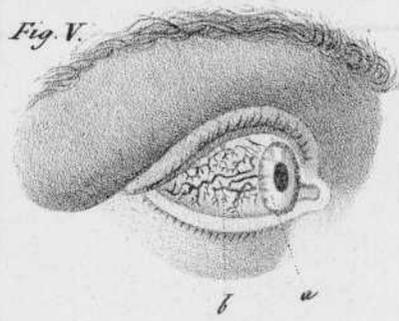


Fig. VII.

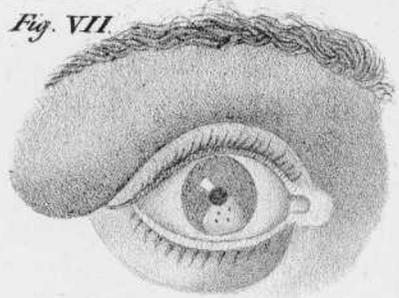


Fig. VIII.



Fig. IX.

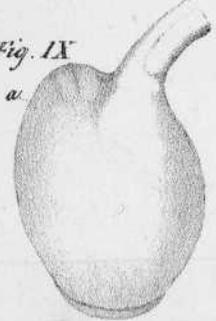
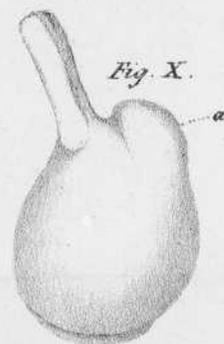
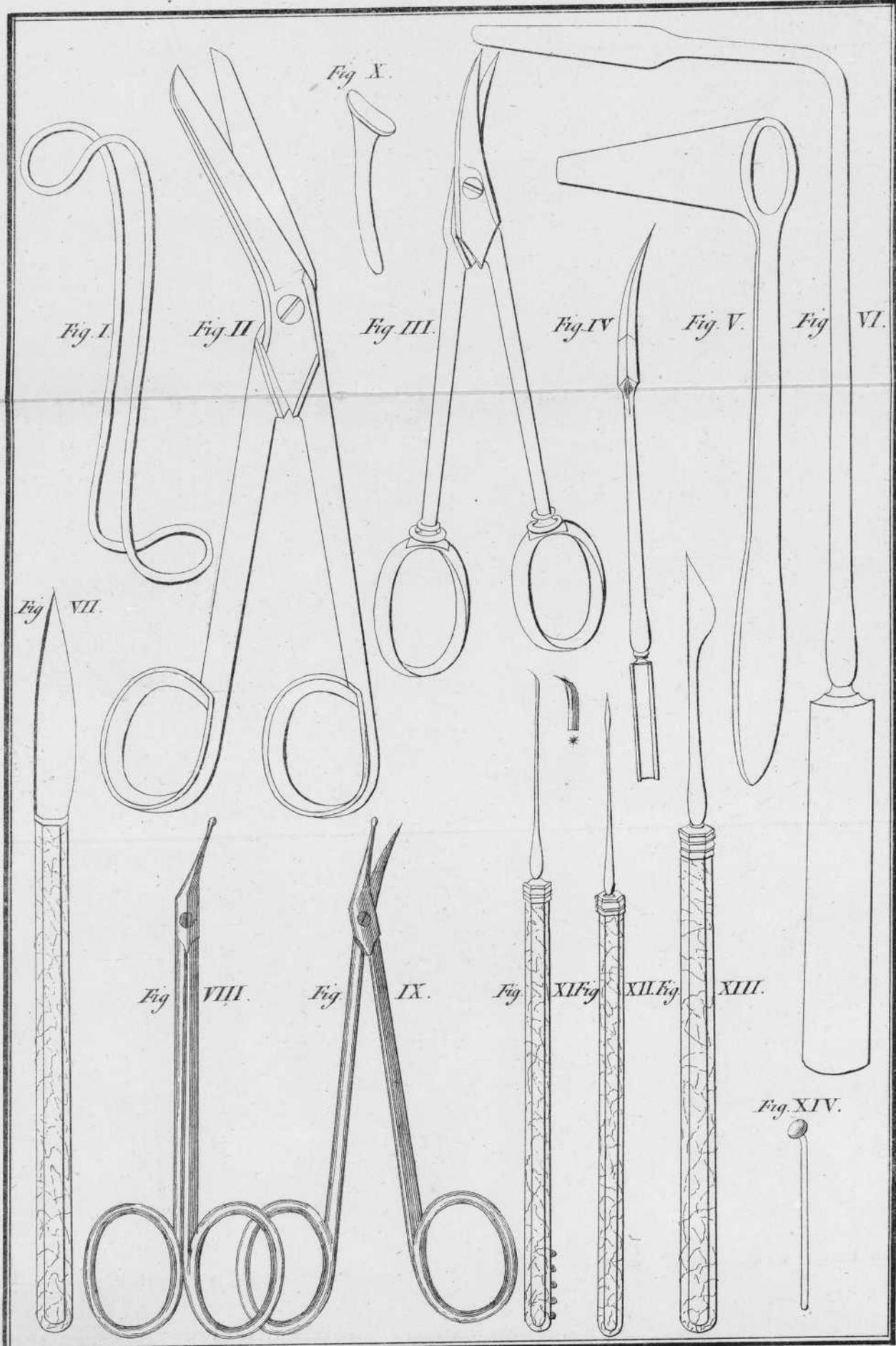
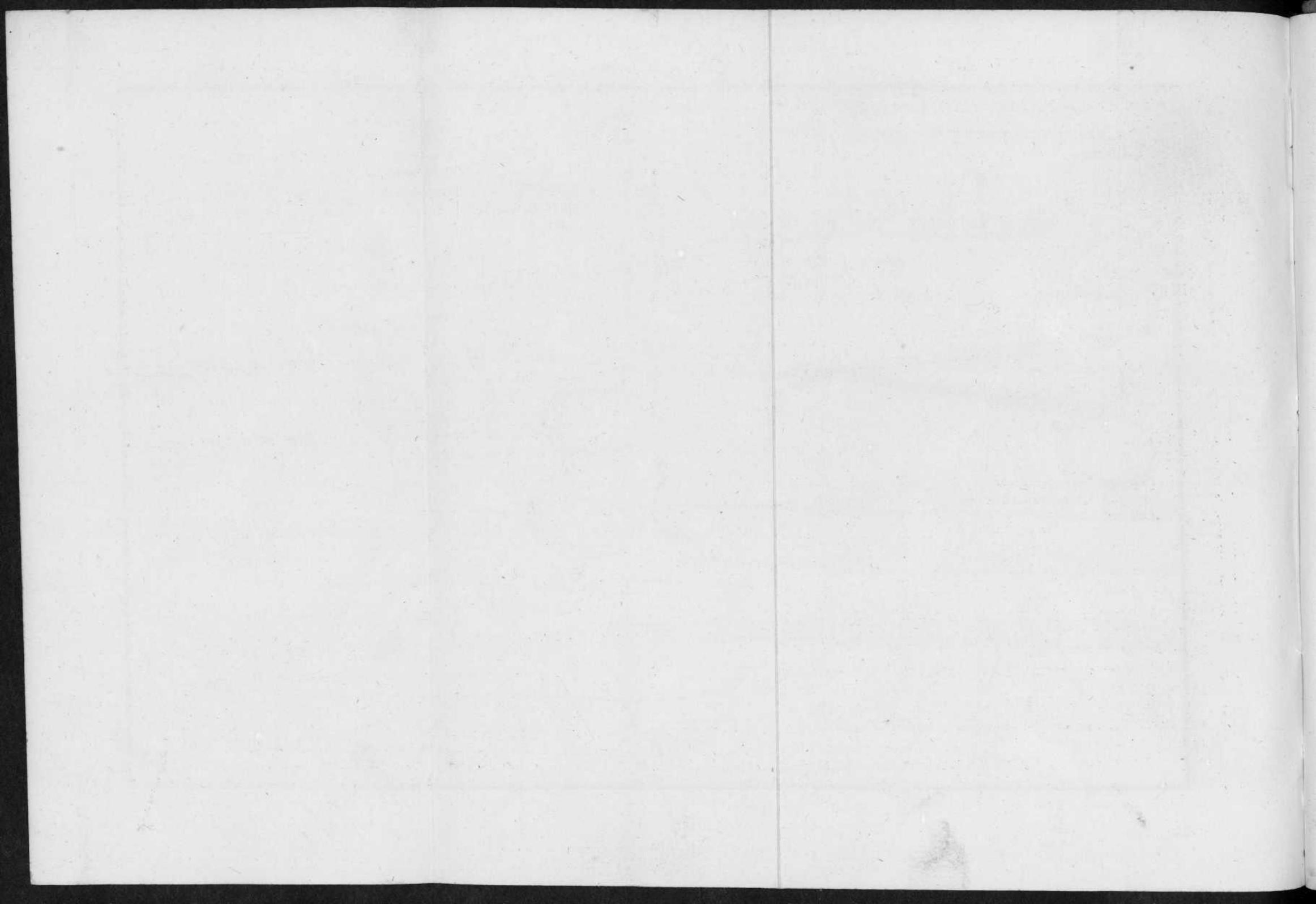


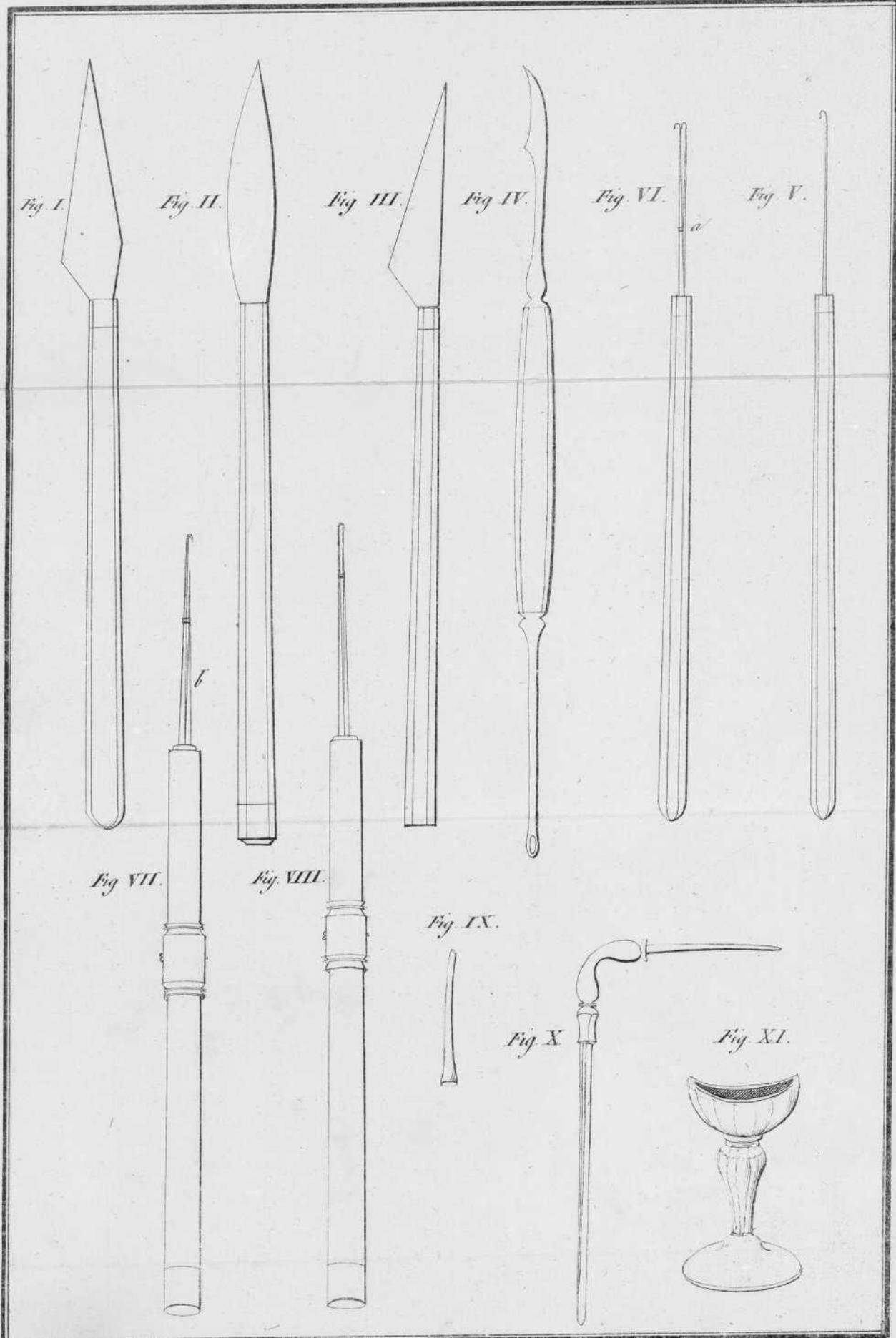
Fig. X.

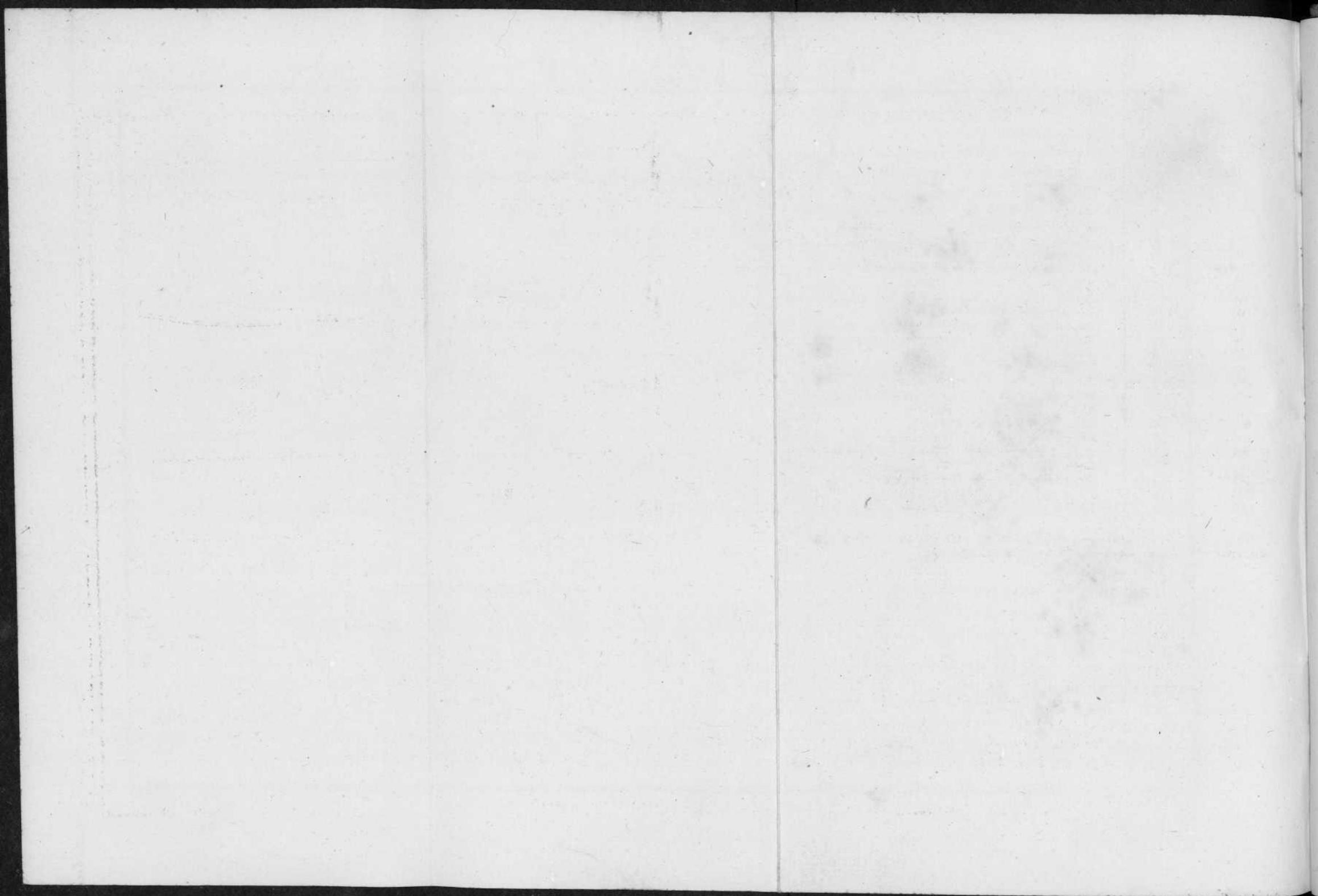












CORRECCIONES.

<u>Pág.</u>	<u>Lineas</u>	<u>Dice</u>	<u>Lease.</u>
3	21	precidencia.	procidencia
4	2	que y toma una figura ovalada se adelanta.	que toma una figura ovalada y se adelanta
13	17	observacion es	observaciones
16	1	deblandolo	doblandolo
24	8	lo sucede	lo que sucede
42	11	echecacia	eficacia
58	últ.	entera	entera
60	17 y 18	demorragia	hemorragia
71	22	preposicion	proposicion
84	20	sucedr	suceder
165	3	exeso	exceso
174	2	purgales	purgarles
188	34	continr	continuar
200	1	y separa	y se separa
201	1	senioso	sanioso
201	30	forma ;	forma,
204	35	escrencia	escrecencia
205	1	duro y casi cartilaginoso.	dura y casi cartilaginosa
208	9	direcciones	direcciones
212	23	(1)	(2)
223	21	untuosa	untuosa.

Nota. En algunos ejemplares ha pasado la equivocacion de *Desu* que debe decir *Desoult* y corresponde á la pág. 163 línea 32.

LISTA DE Sres. SUSCRIPTORES.

Cataluña.

- El Real Colegio de Medicina y Cirujía de Barcelona.
Dr. D. Antonio de Sangerman, catedrático de operaciones de idem.
D. José Mariano Monsó.
D. Estevan Andreu, bachiller en medicina y cirugía.
Dr. D. Francisco de Paula Folch.
D. Luis Delhom bachiller en medicina y cirugía.
D. Martin Gheduzzi.
D. José Antonio Delite, profesor de cirugía.
D. Francisco Pahisa cirujano.
D. Pedro Borràs cirujano-médico.
El Licenciado D. Tomàs Rivera, profesor de cirugía medica.
D. Vicente Cuenca, médico.
D. Juan Camamala, cirujano en *Camprodon*.
Dr. D. Francisco Juanich, catedrático del Real Colegio de medicina y cirugía de Barcelona.
D. Pedro Saló, pasante en medicina y cirugía.
D. Pedro Cortada, bachiller en medicina y cirugía.
D. José Menseguí cirujano.
D. Pedro Vieta, Dr. en medicina y cirugía.
D. José Santonja, licenciado en medicina y cirugía.
D. J. F. A. cirujano.
D. Francisco Vidal, profesor de medicina y cirujano del Regimiento de Infantería 5. ligero.
D. José Bosch y Espinòs, en la *Habana*.
Dr. D. Antonio Romà y Sangerman 1^{er} Ayudante de cirugía del ejército.

- D. Vicente Sahan del comercio.
 Dr. D. Ramon Frau, cátedrático del colegio de medicina y cirugía de Barcelona.
 D. José Homs, licenciado en cirugía, *Tarrasa*.
 D. Gregorio Blaha cirujano de *Cabanas*.
 Dr. D. Eusebio Lera.
 Dr. D. Juan Galí, profesor de medicina y cirugía de *Tortosa*.
 D. Manuel Ferrer, cirujano.
 Dr. D. Luis Ramon cirujano mayor del hospital militar de *Palma*.
 Dr. D. Ignacio Alió, catedrático de medicina de *Cervera*.
 D. José Casanovas, impresor por 2 ejemplares, *idem*.
 Dr. D. Antonio Llansó cirujano-médico en *Manresa*.
 D. Antonio Salas, cirujano-médico, *Reus*.
 D. Joaquin Abadal, impresor, *Puigcerdá*.
 D. Antonio Campamar cirujano y médico de *Cadaques*.
 D. Juan Padris, cirujano médico en *Vich*.
 D. Mauricio Casabosca *idem en idem*.
 D. José Serra, *idem en idem*.

Madrid.

- D. Nicanor Matet.
 D. Manuel Fernandez.
 D. Juan Garcia Escribano.
 D. Pascual Moreno.
 D. Manuel de Alama.
 D. Isidoro Francisco Muñoz.
 D. Antonio Iborra.
 El Escmo. Sr. Duque del infantado.
 D. José Alvaro.
 D. Luis Portillo.
 D. Miquel Baso.

- D. José Tenaguero.
- D. Estevan Diaz.
- D. Agustin Alvarez de Soto mayor.
- D. José Cano.
- D. Martin Garcia.
- D. Vicente Garcia.
- D. Mariano Lorente.
- D. José Eduardo Garcia.

Zaragoza.

- Dr. D. Ignacio Saball, profesor de medicina y catedrático de química.
- D. Francisco Villagrasa.
- El P. Fr. Miguel de Sta. Barbára, Carmelita descalzo.
- D. Matias Martin.
- D. Angel Polo y Monge del comercio de libros, por 2 ejemplares.

Santoña.

- D. José Rubio cirujano médico del Regimiento 13 de linea.
- D. N. Rocamora idem de idem.

Valencia.

- D. Mariano Suan.
- D. Carmelo La-Cruz.
- D. Pascual Cibera.
- D. Bernardo Brel.
- D. José Martinet.
- D. Vicente Gasco.
- D. Joaquin Bordas.

Pamplona.

- D. Romualdo Irisarri, médico.

- D. Antonio Ochotorena.
- D. Andres Palacios cirujano.
- D. Lorenzo Petit, cirujano del Regimiento de Infanteria Voluntarios 6. ligero.
- D. Iñigo Iturbide.
- D. Tadeo Lepuzain.
- D. José Antonio Irizar *San Sebastian*.
- D. Paulino Luis Longàs, en idem.

Murcia.

- D. Joaquin Lafarga cirujano de Marina.
- D. Manuel Marin, médico en *Cieza*.
- D. Juan Durant, Cirujano.
- D. Pedro Graells cirujano.
- D. P. J. en *Cartagena*.

Barbastro.

- D. Manuel Castel, médico y cirujano.
- D. Felipe Lafita del comercio de libros por 2 ejemplares.
- D. Agustin Abella, cirujano en *Berbeyal*.

Sevilla.

- D. Bartolomé Caro Hernandez, del comercio de libros por 6 ejemplares.

Granada.

- D. Manuel Gomez Moreno, del comercio de libros por 6 ejemplares.

Galicia.

- D. Francisco Rey Romero, del comercio de libros de *Santiago* por 6. ejemplares.
- D. Ramon Calvete, del comercio de libros de la *Coruña* por 8 ejemplares.
- D. José Pujol y Buffer del comercio de libros de *Lugo* por 4. ejemplares.
- D. José Lacaza cirujano de los inaviles en *Lugo*.

Vitoria.

- D. Pedro del Barrio del comercio de libros por 3 ejemplares.

Santander.

- D. Miquel Redondo, cirujano en *Valladolid*.
- D. Isidoro Hernandez, cirujano en *Sotillo*.
- D. Juan Martinez, médico.
- D. Clemente Maria Riesco, del comercio de libros por 3 ejemplares.

Cadiz.

- D. Diego Zaragoza, del comercio de libros por 5 ejemplares.

Ceuta.

- D. Manuel Piquer, cirujano médico del ejército.

NOTA.

Se ha retardado la entrega de este tomo por no tenerse à su debido tiempo la lista de los Sres. Suscriptores de varios puntos de la peninsula, apesar de saber que hay muchos mas, cuyos nombres no incluimos por no haberse recibido todavia.

Los Editores.

- D. Francisco Rey Romero, del comercio de libros de Valencia por 5 ejemplares.
- D. Ramon Cabre, del comercio de libros de la Coruña por 5 ejemplares.
- D. Juan Pardo, del comercio de libros de Madrid por 5 ejemplares.
- D. José María de la Cruz, del comercio de libros de Madrid por 5 ejemplares.

Madrid.

Se ha retardado la entrega de este tomo por no tenerse a su debido tiempo la lista de los señores suscriptores de varios puntos de la península, y para de saber que hay muchos más, cuyos nombres no incluimos por no haberse recibido todavía.

Los Editores.

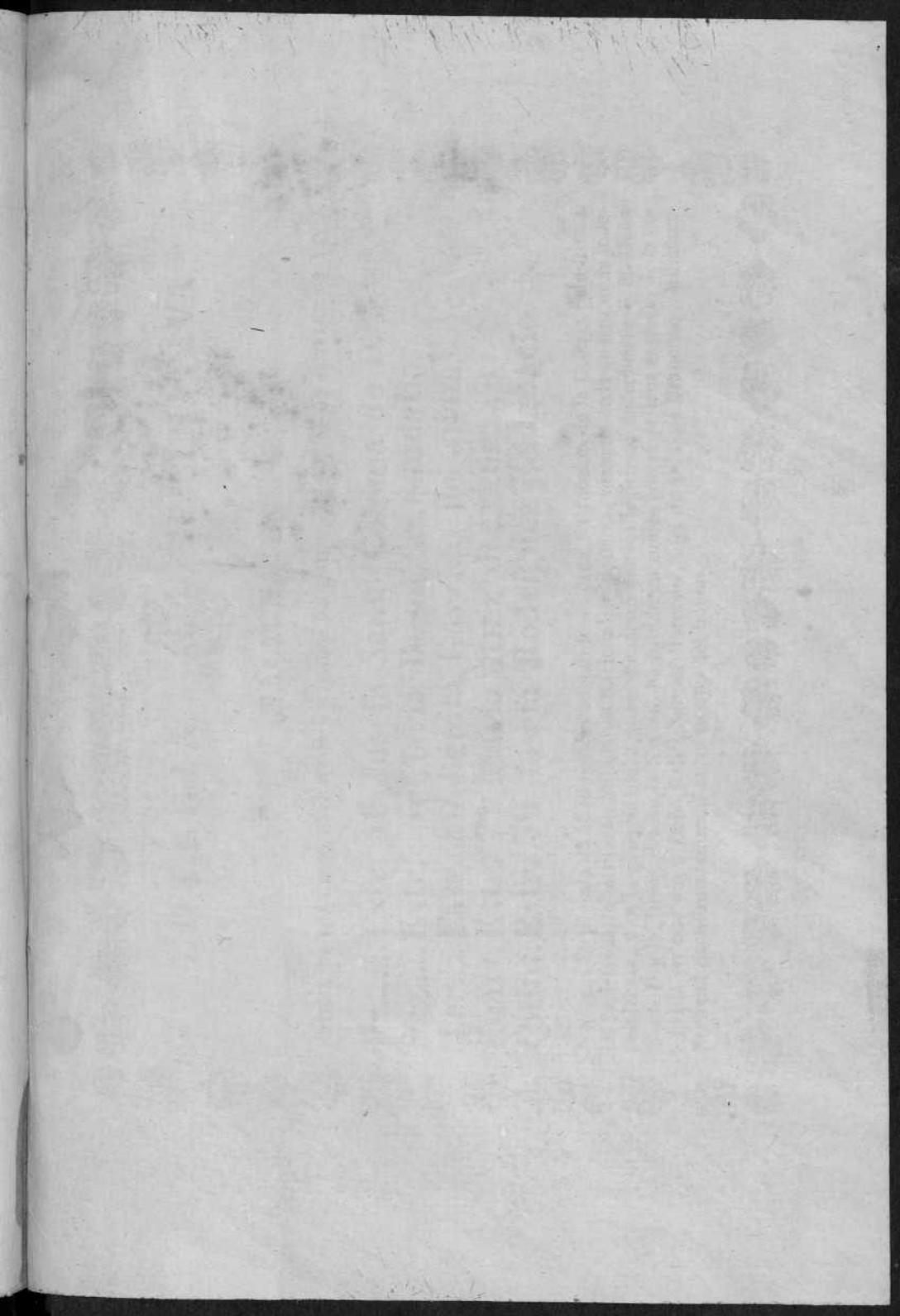
- D. Manuel Ribera, impresor en Valladolid.
- D. Juan de la Cruz, impresor en Madrid.
- D. Juan de la Cruz, impresor en Madrid.
- D. Clemente María Bisco, del comercio de libros por 5 ejemplares.

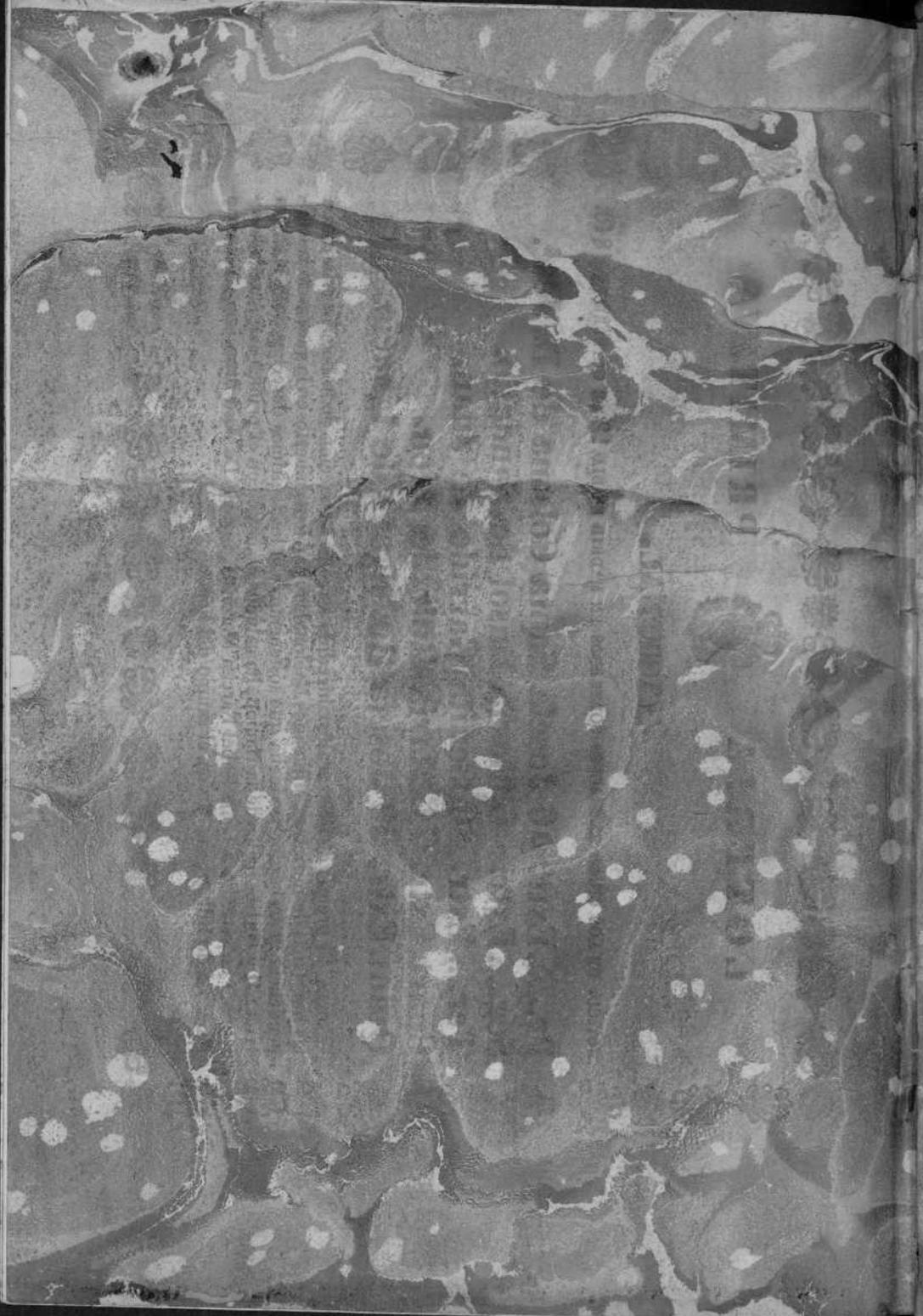
Cádiz.

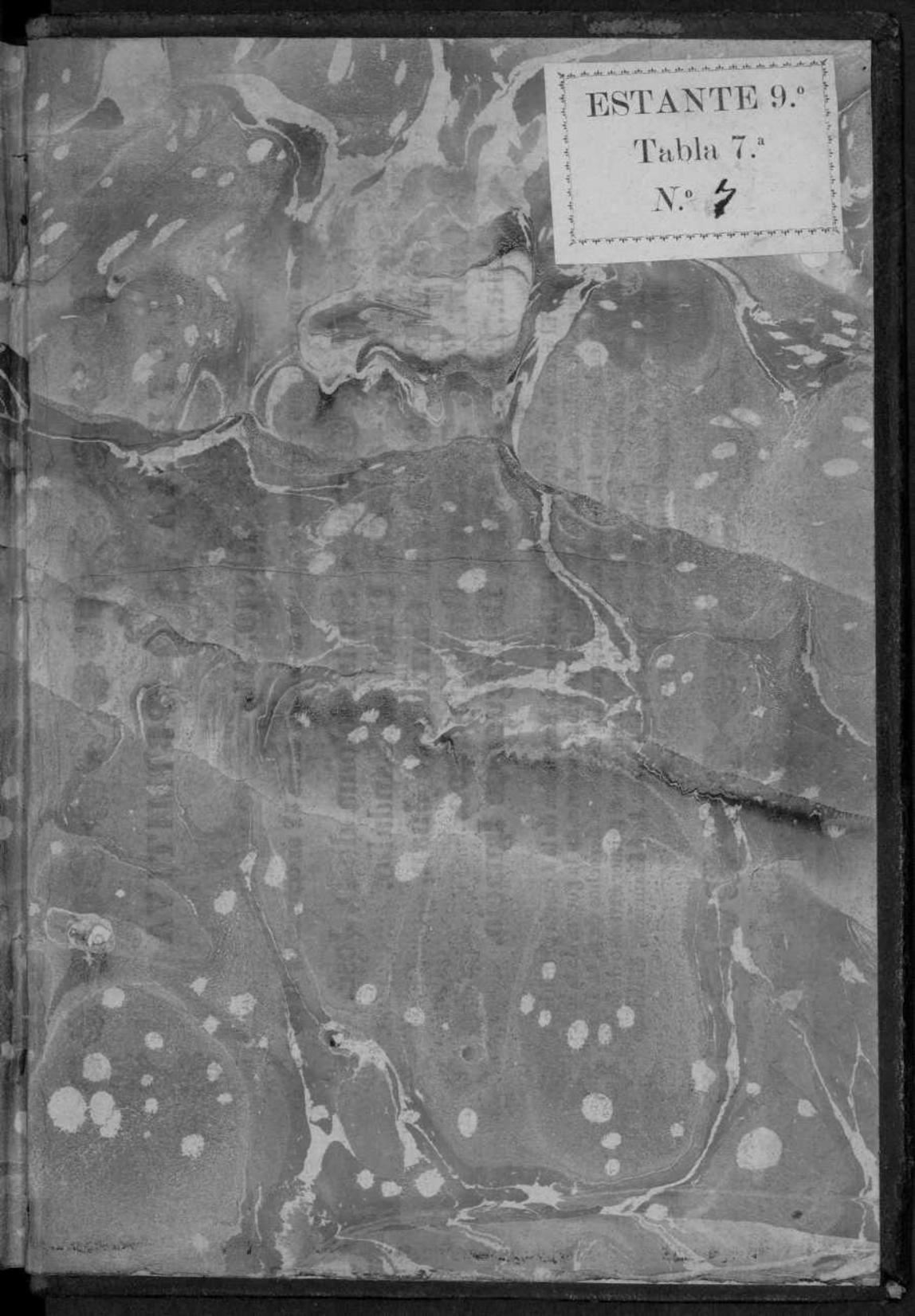
- D. Diego Zaragoza, del comercio de libros por 5 ejemplares.

Cádiz.

- D. Manuel Pique, cirujano médico del ejército.



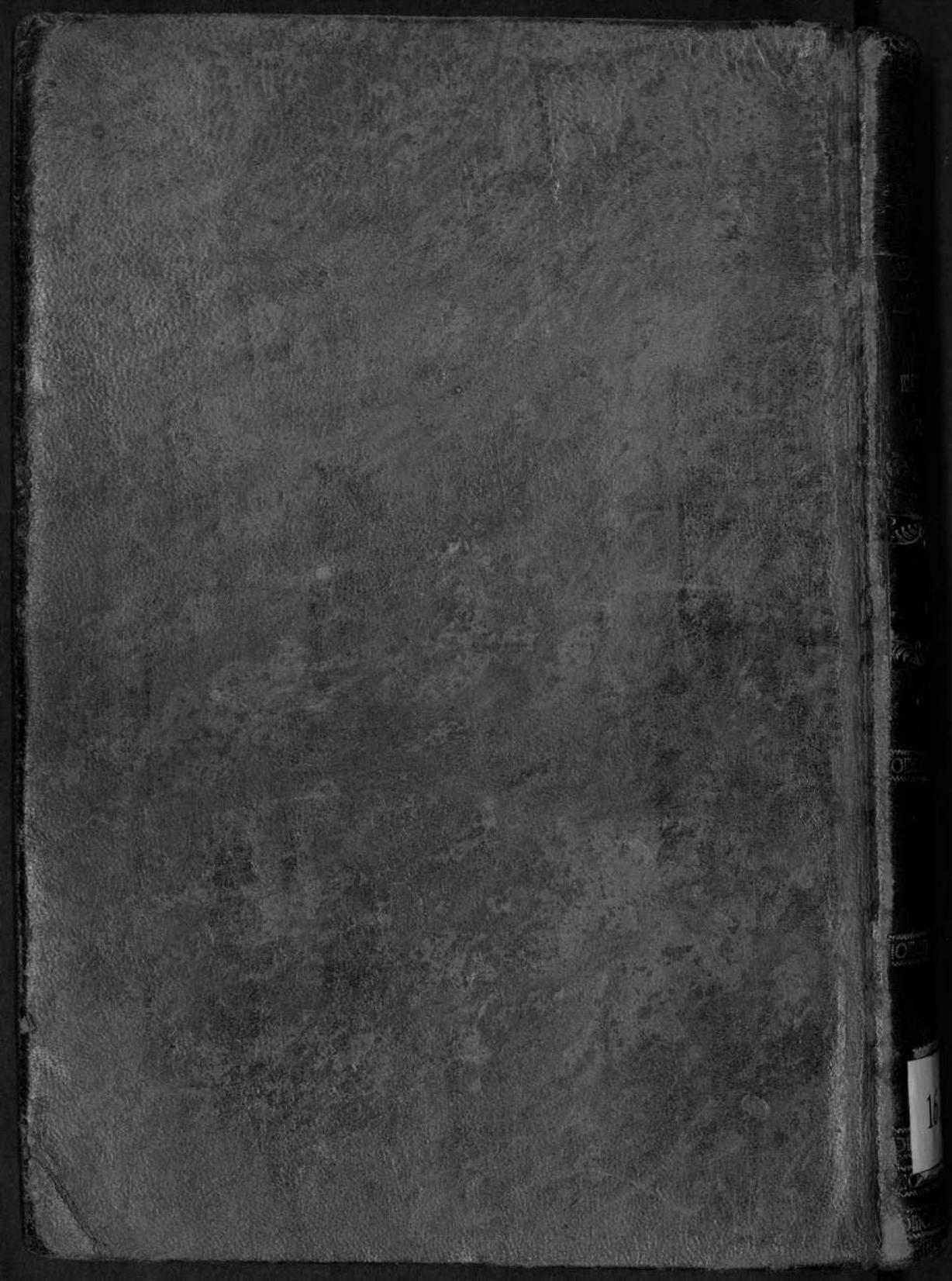




ESTANTE 9.º

Tabla 7.^a

N.º 4



SCARPA
ENFERMEDADES
DE LOS OJOS

1. 2.

16.737