

a la Sociedad de Estudios
Almería

CLÍNICAS DE SANTA LUCÍA

ENFERMOS ASISTIDOS

Y

operaciones practicadas en el servicio oftalmológico del

Hospital Provincial de Almería,

EN ONCE MESES.

desde el 25 de Agosto de 1909

al 24 de Julio de 1910

por el Médico de número,

Oculista de la Beneficencia Provincial

Doctor Manuel Marín Amat



ALMERIA

Tip. J. Martínez.--Teatro.

1.910

CLÍNICAS DE SANTA LUCÍA

ENFERMOS ASISTIDOS

Y

operaciones practicadas en el servicio oftalmológico del

Hospital Provincial de Almería,

EN ONCE MESES.

desde el 25 de Agosto de 1909

al 24 de Julio de 1910

por el Médico de número,

Oculista de la Beneficencia Provincial

Doctor Manuel Marín Amat



HEMEROTECA PROVINCIAL
SOFIA MORENO GARRIDO
ALMERIA

ALMERIA

Tip. J. Martínez.-- Teatro.

1910

DEDICATORIA

A mi entrañable amigo,
compañero de Hospital y de
estudios, Doctor Don Eduardo
Vez Cano, como testimonio
de amistad y afecto.

El Autor.

* La insuficiencia de este Hospital Provincial, para atender á las necesidades cada día crecientes de la provincia de Almería, trasciende como no podía menos de suceder, á la parte dedicada á la especialidad oftalmológica. En ella su pequeñez es por partida doble, en sí por su poca extensión superficial y además por radicar en la provincia más plagada de España, de enfermedades de los ojos. Á pesar de esta escasez de medios; en menos de un año, hemos asistido los enfermos y practicado las operaciones que á continuación detallamos:



* Trabajo publicado con la venia del Decano del Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial, D. Eduardo Pérez Ibañez.

ENFERMOS ASISTIDOS EN LA CLÍNICA DE SANTA LUCÍA

		<u>Hombres.</u>	
Enfermedades de aparato lagrimal.	} Fistula lagrimal.	1	
		} Dacriocistitis supurada	1
			} Mucocele.
Id. de los párpados.	} Entropión	14	
		} Ectropión.	1
Id. de la conjuntiva.	} Tracoma.		9
		} Pterigions.	3
			} Conjuntivitis de Weeks.
Id. de los músculos.	} Estrabismo convergente.	1	
		Id. de la cornea.	} Úlceras.
} Abscesos.	1		
	} Úlcera á lipopión.		
} Queratitis linfática.			
	} Perforación traumática.		
} Leucomas			
	Id. del cristalino.	} Cataratas seniles.	6
} » congénitas			3
			} » polar anterior
} » traumática.			
			} » patológica.
Id. de la totalidad del globo ocular.	} Fiemón ocular	3	
		} Estafiloma total	3
			} » ecuatoriales múltiples
		} Cuerpo extraño intraocular.	
			} Ojo tísico con osificación coroides.
		} Glaucoma absoluto.	
			} » secundario.
		} » crónico simple	
Total de enfermos			68

ENFERMAS ASISTIDAS EN LA CLÍNICA DE SANTA LUCÍA

		<u>Mujeres.</u>
Enfermedades de los párpados.	Entropión.	60
Id. de la conjuntiva.	Tracoma.	3
	Conjuntivitis de Weeks.	2
	Pterigions.	2
Id. del aparato lagrimal.	Fístula lagrimal.	2
	Mucocele.	2
Id. de los músculos.	Estrabismo divergente.	1
Id. de la córnea.	Úlcera perforante.	1
	" " por traumatismo.	1
	" " con hernia iris	1
	Abscesos.	1
	Leucomas.	2
Id. del cristalino.	Cataratas seniles.	3
Id. de la retina.	Desprendimiento.	1
Id. de la totalidad del globo ocular.	Glaucoma crónico.	3
	" subagudo.	2
	Flemón ocular.	7
	Estafiloma total.	2
	Ojo físico doloroso.	2
TUMORES.	De la carúncula lagrimal.	1
	De todo el contenido orbitario.	1
Total de enfermas.		100

Estadística operatoria.

Cataratas seniles	9
» congénitas.	3
» traumáticas	1
» polar anterior.	1
» patológica.	1
Iridectomias ópticas.	11
» antiglaucomasas.	5
Amputaciones del segmento anterior del globo ocular queratectomía combinada de Panas.	5
Enucleaciones del globo ocular por cuerpos extraños.	2
» por estafilomas equatoriales múltiples.	1
» » tumor óseo intraocular.	1
» » osificación de la coroides.	1
» » ojo físico doloroso.	2
» » glaucoma absoluto.	1
Exenteraciones óseas de Lapersonne por hemión ocular.	10
» de todo el contenido de la órbita por tumor.	1
Entropión del párpado superior.	128
» del inferior.	75
» superior. (blefaroplastia y tarsorrafia.	1
Ectropión del	1
Cantoplastias.	21
Peritomias.	1
Ptirigions excisión.	3
» transplantación	1
Raspado y brochado de los fondos de saco conjuntivales.	3
Tumor de la carúncula lagrimal. (extirpación)	1
Extirpación total del saco lagrimal por mucocelo voluminoso.	3
Destrucción total por raspado y cauterización del saco lagrimal por fístula lagrimal permanente.	1
Desbridamiento saco lagrimal (operación de Stilling).	2
Tenotomías del músculo recto interno.	1
» del » externo.	1
Avanzamiento cápsulo-muscular.	1
Total de operaciones.	298

Todas estas intervenciones han sido seguidas del más lisonjero éxito, sin haber tenido que lamentar ni una sola complicación séptica y han hecho recobrar la vista á muchos individuos que la tenían completamente perdida y mejorarla á los restantes, que de otro modo y dado su extrema pobreza hubieran quedado ciegos.

Entre estos casos hay algunos que en sí mismos, en la intervención practicada, en el curso post-operatorio ó en la experiencia que los casos repetidos suministran, presentan particularidades dignas de mención reportando una enseñanza teórica y práctica no despreciable; los enumeraremos siquiera sea telegráficamente.





Enfermedades de los párpados



ENTROPION

Entre todas las enfermedades del globo ocular y sus anejos, el entropión y la triquiasis, padecimientos parpebrales, ocupan en esta provincia un lugar preeminente. Consultando mis estadísticas resulta, que el 19010 (1) de enfermos de los ojos lo son de dichas afecciones. Su causa es debida á la retracción cicatricial de la conjuntiva y cartilago tarso consecutiva la inmensa mayoría de las veces; todas, sin exagerar, en este país al tracoma (granulación). Y como el número de granulosos aquí es inmenso, 40 por 010, resulta también colosal el de enfermos de entropión, su habitual complicación en los casos crónicos y aún en los tratados y curados de su padecimiento primitivo.

La abundancia exagerada de esta enfermedad y la necesidad de simplificar su manual operatorio, abara-

(1) Nos referimos á nuestras estadísticas particulares, donde constan todos los pacientes que concurren á nuestra consulta; en las anteriores la cifra es muchísimo mayor, por solo referirse á las clínicas del Hospital donde como en otro lugar diremos tienen que ser esencialmente operatorias por solo disponer de 12 camas para ambos sexos.

tando al mismo tiempo su coste, por ser muy pobres la inmensa mayoría de estos pacientes, hizo que en Junio de 1906, á los tres años de terminar nuestra carrera, comenzásemos una serie continuada de experiencias con anestésicos locales, que dieron por resultado la presentación á la 4ª Asamblea de Oftalmología Hispano-Americana en Mayo del siguiente año (1907) de una comunicación con el estudio de una nueva anestesia local que lleva nuestro nombre, y que fué muy bién recibida en el mundo científico: anestesia de la que nos servimos á diario. (1) Con ella hemos practicado más de 1.500 operaciones de esta índole; número que nos ha dado ocasión de rectificar los procedimientos operatorios clásicos hasta aquí empleados, y motivado la presentación, á la misma docta Sociedad mencionada, en Mayo último, de otra comunicación con nuestro método operatorio.

Este procedimiento operatorio es modificación del de Panas y consta de los siguientes tiempos.

Primer tiempo. *Sección del plano Cutáneo-muscular* de un solo golpe hasta llegar al cartilago tarso desde el punto lagrimal hasta la comisura externa y á unos tres ó cuatro milímetros por encima de las pestañas y disección con el dedo índice de la mano izquierda (salvo que existan adherencias cicatriciales) del colgajo superior hasta el ligamiento suspensorio del tarso. El colgajo inferior no lo diseco, sino que lo dejo íntegro:

Segundo tiempo. *Sección del cartilago tarso* comprendiendo la conjuntiva en toda su longitud como en el proceder de Panas.

Tercer tiempo. *Colocación de los puntos de sutura* lo mismo que en el procedimiento de Panas, pero cuidando de superponer por completo el colgajo inferior sobre el superior, fijando el ayudante este último con

(1) La propiedad de esta anestesia la hemos ofrecido desinteresadamente á la casa Hork de Cádiz por documento público, para su preparación en ampollas.

una erina sobre la placa y una vez superpuesto el inferior anudar los puntos de sutura sin ranversar el mencionado colgajo inferior cuando el entropión no es muy acentuado ó haciéndole describir un cuarto de círculo en los casos de ser muy pronunciado, pero resultando siempre un espolón del colgajo superior, especie de puntal que sostiene é impide que el colgajo inferior y por tanto las pestañas vasculen posteriormente hacia abajo reproduciéndose de este modo la afección primitiva. La piel del colgajo superior como en el procedimiento original, la dejamos libre, sin suturar.

El número de operaciones de entropión practicadas en el Hospital en los 11 meses á que se hace referencia han sido de 203, perteneciendo 128 al superior y 75 al inferior. En todas ellas á excepción de algunas practicadas en niños lo han sido con nuestra anestesia y en todos los casos sin ninguna excepción, hemos empleado nuestro procedimiento operatorio. Los resultados no han podido ser más halagüeños; al que más se le han practicado cuatro curaciones y á los 8 ó 10 días término medio han sido dados de alta por curación, quedando con una corrección perfecta y muy bién bajo el punto de vista funcional y estético.

ECTROPION

Si frecuente es el padecimiento anterior, el entropión y sobre todo en nuestra provincia, tan raro es y mucho más aun en nuestro país el ectropión.

Aunque de causas múltiples la mayoría de las veces es debido á cicatrices de la piel de los párpados que ranversan las pestañas y conjuntiva hacia afuera y dejan al globo ocular sin proteger. Las quemaduras y el carbunco y sobre todo este último por su doble papel de destructor en si y por el tratamiento que se emplea dan

el mayor contingente de esta clase tan rara de enfermos, cuando el ectropión es total.

Por estos motivos exponemos á continuación el único caso que hemos tratado.

J. C. A. de 34 años, soltero, de Huerca (Almería) ingresó en la Clínica de Santa Lucía el día 29 de Marzo de 1910.

Los antecedentes hereditarios de este individuo no tienen importancia y en cuanto á los propios podemos agregar que ha sufrido una pulmonía y de reumatismo subagudo.

El padecimiento que motivó su ingreso en la Clínica data de 5 años y quedó á consecuencia de una pústula maligna del párpado superior izquierdo. A su ingreso lo encontramos en el siguiente:

Estado actual. Ojo izquierdo completamente abierto, sin proteger (lagofthalmos), las pestañas del párpado superior inmediatamente unidas en toda su extensión á la ceja por una cicatriz horizontal que abarca toda la longitud de la misma, no existiendo ni vestigios de la piel del párpado. La conjuntiva no está ranversada, lo que motiva que la conjuntivitis que padece el sujeto sea solamente de la porción bulbar. La córnea tiene un pequeño punto de mortificación en su parte externa. Hay epífora.

En vista del estado de este ojo sin la protección natural del párpado superior y de las pestañas del mismo, expuesto á su desecación por la falta de humedad de las lágrimas y puesto en contacto con los agentes exteriores que obran directamente sobre la córnea y conjuntiva no solamente durante la vigilia, sino lo que és peor durante el sueño, puesto que los globos oculares en el acto de dormir se dirigen hacia arriba buscando su protección debajo del párpado superior; necesitaba una intervención quirúrgica que pusiera á este ojo en las condiciones más próximas á la normali-

dad para su conservación y buen funcionalismo.

Cuatro puntos esenciales había que tener en cuenta en esta intervención, que eran: primero, incisión ó excisión si fuere preciso de la cicatriz cilio-superciliar; segundo, reintegración de las partes del párpado que se conservaban sanas á su posición normal; tercero, cubrir la pérdida de substancia que había de resultar con piel sana y del mayor parecido posible á la que había de reemplazar; y cuarto, conservación por un tiempo bastante largo en esta posición del nuevo párpado hasta su adaptación completa al globo ocular.

Acto operatorio (Blefaroplastia procedimiento de Fricke y tarsorrafia).—Afeitada la sien y la ceja del lado correspondiente, hecha la toilette propia de estas intervenciones, y anestesiado el paciente con el cloroformo, procedimos en primer lugar á la incisión de la cicatriz que aprisionaba las pestañas á la ceja é inmediatamente á la liberación del colgajo inferior hasta dejarlo libre de todas las bridas cicatriciales que le retenían en su posición anómala; con esto nos quedó un párpado formado por la conjuntiva, borde ciliar, cartílago tarso y ligamento suspensorio del mismo; en seguida refrescamos el lábio posterior (detrás de las pestañas) del borde ciliar de ambos párpados desde el punto lagrimal hasta la comisura externa y los unimos por cuatro puntos de sutura (tarsorrafia). En un tercer tiempo señalamos con el lápiz dermatográfico un extenso colgajo en la sien izquierda de base inferior, de forma de lengüeta, de dirección oblicua hácia arriba y adelante para no comprender en él piel con bulbos pilosos de la región temporal y de dimensiones un tercio más grande que la pérdida de substancia que había de cubrir (de 9 á 10 centímetros de altura por 4 de anchura en su parte máxima); estando formado por todo el espesor del cuero cabelludo con una base muy ancha para asegurar mejor su nutrición; estando en este

caso más garantida su vitalidad por la poca torsión (40° en vez de los 85° ó 90° que casi siempre exige) del pedículo; debido á la necesaria gran oblicuidad que tuvimos que dar al colgajo por buscar la piel fina y desprovista de pelos de la frente (en este sujeto el comienzo del pelo estaba muy próximo á la ceja) y el buen cuidado que tuvimos de sacar la base muy baja para de este modo torcerlo lo menos posible; se unió mediante puntos de sutura entrecortada y en número muy considerable á los límites del sitio que se ingería, ceja, borde ciliar y raíz de la nariz. Para tapar la pérdida de substancia de la frente, se disecaron los bordes de la herida y se coaptaron mediante puntos de sutura á excepción de su parte media, la más ancha, que fué imposible hacer la unión completa y donde quedó un pequeño espacio donde los bordes estaban distanciados 7 ú 8 milímetros y que había que dejar cicatrizarse por 2.^a intención. Después de lavada minuciosamente la región operada y espolvorearla con iodoformo se colocó el apósito dejando en contacto de la herida maquitos esterilizado (nosotros lo empleamos siempre en las intervenciones de los párpados) y el vendaje en forma de monóculo.

El curso port-operatorio no pudo ser más satisfactorio, no hubo complicación de ninguna clase y á los 7 y 10 días respectivamente quitamos los puntos de sutura y el apósito, sustituyendo este por un vendajito flotante. El día 26 de Mayo á los 57 días, le dimos de alta no sin antes haberle incindido el tercio externo del puente de unión de los dos párpados para que por dicho orificio viese el sujeto y tuviesen fácil salida las secreciones caso de formarse algunas. Á los 5 ó 6 meses se acabará de cortar lo que resta de puente de unión entre los dos párpados, ya que el nuevo esté perfectamente adaptado á la forma del ojo y á las funciones que ha de desempeñar.

Eritemas de los párpados

Con frecuencia se ha presentado en los operados de entropión de epidermis fina (mujeres sobre todo) un eritema que en dos casos ha adquirido bastantes proporciones y se ha acompañado de ligera linfangitis. Para *prevenir* esta pequeña complicación nosotros empleamos un apósito especial que cumple las dos principalísimas indicaciones que en estos casos hay que llenar: la de no adherirse á los puntos de sutura y al mismo tiempo que no retenga los exudados en contacto con los párpados. Consiste en poner unos discos de gasa humedecida en el párpado inferior, colocar tapando toda la órbita un disco de maquintos, encima un disco de algodón y sobre este revolver la mitad de los discos de gasa que se colocaron en el párpado inferior y seguir colocando después los discos de algodón necesarios y sobre estos el vendaje. El disco de maquintos impide que los puntos largos del párpado superior se peguen al apósito. Los exudados por la acción de la gravedad, caminan hácia abajo donde encuentran los discos de gasa y por capilaridad pasan al algodón que hay delante del maquintos, manchándose el apósito y el vendaje y quedando perfectamente limpia la región operada. Los discos de gasa como emplean muchos oculistas tienen el inconveniente de adherirse á los puntos y el maquintos sólo, se pega por sus bordes como una ventosa y no deja salir los exudados, la combinación de ambos, ideada por nosotros, evita estos dos inconvenientes.

Como *tratamiento curativo* hemos empleado con

éxito variable multitud de pomadas, polvos y soluciones, pero el que reporta una utilidad de primer orden y á nuestro juicio insustituible, es el glicerolado de almidón con subnitrate de bismuto en la proporción de 10 por 1. La supresión del apósito en los casos que es factible, aligera la curación.





Enfermedades del aparato lagrimal



Por orden de frecuencia las enfermedades del aparato lagrimal ocupan el cuarto lugar en la Patología ocular del país (1.º, la granulación 40 por ‰; 2.º, las lesiones de la córnea 20 ‰; 3.º, el entropión 19 ‰; y 4.º, las enfermedades del aparato lagrimal) y todas las veces sus enfermedades radican en la porción excretora. (1)

El aire seco y caliente, el clima marino, la frecuencia de los vientos con mucha cantidad de polvo en suspensión, las faltas de higiene y la miseria son causas que favorecen lo mismo que en la granulación el desarrollo de estas enfermedades y el mismo tracoma con sus retracciones cicatriciales y sus asociaciones microbianas la motivan.

Obstrucción simple, blenorrea del saco lagrimal, dacriocistitis supurada, flemón del saco y fistula lagrimal permanente, son periodos distintos de un mismo proceso patológico: el mucocele aún teniendo la misma patogenia evoluciona casi siempre de otro modo quedando estacionado en este estado durante mucho tiempo.

(1) Sólo hemos visto un caso de dacrioadenitis supurada en más de 6.000 enfermos.

Son pocas las personas en este país, que por una obstrucción simple, y sobre todo si es de un solo lado, acudan á ponerse en tratamiento. La inmensa mayoría de estos pacientes sufren su lagrimeo continuo (epífora) sin dar importancia á su afección, hasta el día que los fenómenos dolorosos (flemón del saco) ó la fealdad de la fisonomía (mucocele, fístula lagrimal) vienen á complicar la marcha crónica de estos padecimientos. También ocurre que estas enfermedades se delaten y sean tratadas con motivo de acudir los enfermos á consultar y á tratarse de cualquier otra enfermedad de su vista: úlcera á hipopion, conjuntivitis angular, blefaritis, tracoma, etc., etc.

De ahí resulta que la *restitutio ab integrum*, la permeabilidad de las vías lagrimales, tratamiento por excelencia de estas afecciones, se logre en pocos casos, por acudir los pacientes demasiado tarde; habiendo necesidad de acudir á otros tratamientos que llevan consigo la obliteración de estas vías excretorias (extirpación ó destrucción del saco lagrimal) con sus inconvenientes de lagrimeo continuo y hasta de la necesidad de la extirpación de la glándula lagrimal en su porción parpebral. (1)

En el Hospital hemos tratado algunos enfermos de la casa, (2) de dacriocistitis supurada y en ellos hemos empleado el tratamiento clásico de: desbridamiento del punto y canalículo lagrimal inferior y cateterismo por números crecientes con las sondas de *Bowman*; tratamiento que yo llamo lento.

De los enfermos de las clínicas tratados de esta afec-

(1) Aunque después de la obliteración de las vías lagrimales, la secreción de la glándula lagrimal disminuye y la epífora es mínima; esta adaptación se hace con mucha lentitud y los pacientes reclaman la extirpación de su glándula lagrimal para verse libre de tan molesto síntoma. Esta operación la hemos practicado nosotros cuatro veces en nuestra consulta particular. La conjuntiva entonces queda lubricada merced á las glándulas suplementarias, glándulas de Krause,

(2) Empleados é asilados de los Establecimientos de Beneficencia.

ción (docriocistitis supurada) lo han sido incidentalmente, pues su ingreso y permanencia en las Salas, lo motivó otro padecimiento, teniendo necesidad de curar el primero, para tratar el último. Estos enfermos han sido dos, uno de catarata congénita y otro de pterigión interno. El procedimiento curativo en ellos empleado ha sido el desbridamiento del saco lagrimal y conducto nasal con el cuchillo de *Stilling* (operación de *Stilling*) y comenzar y continuar el cateterismo el tiempo necesario, con la sonda de *Bowman* del n.º 6. Este es el procedimiento que nosotros llamamos rápido, porque con él se obtiene la curación en muy poco tiempo.

MUCOCELE

Tres casos hemos tratado de extirpación del saco lagrimal por este padecimiento y han radicado los tres en enfermos que padecían de entropion de ambos ojos y que también fueron operados de su incurvación de los párpados.

Sus historias clínicas merecen atención solamente en lo siguiente:

Los tres mucocelos eran muy voluminosos, como una almendra pequeña y los tres de muchos años de fecha, radicado dos en el lado derecho y uno en el izquierdo. Su curso fué, como en todas las operaciones allí practicadas, completamente normal. Estos casos son notables por la pronta curación obtenida, pues á los 8 días quitamos los puntos de sutura y al 9.º el apósito, habiendo obtenido una perfecta cicatrización por primera intención.

La operación practicada si que merece los honores de una detallada descripción por ser operación de práctica poco frecuente, de ejecución difícil y necesitar instrumental especial.

El procedimiento por nosotros empleado, salvo ligerísimas modificaciones de técnica, es el del Dr. Wiéden de Valencia (1); he aquí su descripción como nosotros lo practicamos:

Instrumental Un blefarostato de garfios del *Dr. Muller* con tornillo de fijación, un escarificador de Desmarres, una pinza de garfios para tumores, una sonda de *Bowman* n.º 5 para la disección roma si fuese preciso, un bisturí pequeño curvo, tres agujas muy curvas con seda trenzada del n.º 2, un porta-agujas con anillo de *Galezowski* y un par de pinzas hemostáticas (por precaución).

Acto operatorio. Una vez lavada la región, protegiendo el ojo por una compresa húmeda puesta sobre los párpados y tirando un ayudante de la comisura parpebral externa hacia afuera para poner tenso el ligamiento parpebral interno, se pone una inyección intradérmica de un c. c. de nuestra solución anestésica en la piel que cubre el tumor y esperado cinco minutos para que la anestesia sea más completa, se procede al primer tiempo de la operación *incisión de la piel*, tegido celular y tendón directo del orbicular, siguiendo la bisectriz del ángulo formado por el arco orbitario y la nariz y por la parte más culminante de la tumoración.

Esta incisión comienza 5 ó 6 m. m. por encima del ligamento parpebral interno y termina por debajo del reborde orbitario inferior, alcanzando una longitud de cerca de tres centímetros. Esta herida operatoria grande tiene la ventaja de poner bastante campo al descubierto y facilitar las maniobras de disección del saco, de por sí un poco difíciles por su profundidad. Con ello se pone al descubierto el saco distendido que resalta perfectamente sobre los tejidos limítrofes por su

(1) Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos, mes de Septiembre de 1908.

color ambarino y por su forma. La hemostasia se hace muy bien con unas bolitas de algodón empapadas en agua oxigenada; teniendo en cuenta que la hemorragia es muy variable de unos casos á otros, pues en unos es casi nula y en otros abundantísima: entonces se coloca el blefarostato de garfios.

La incisión tal como nosotros la practicamos varía un poco de como la hace su autor. El *Dr. Wieden* inclina la incisión hacia la nariz y llega de un solo golpe hasta el hueso.

Según la pequeña variación introducida por nosotros, creemos obtener de este modo más ancho campo operatorio; menos probabilidad de herir la vena angular, causa de hemorragia abundante; y caer más directamente sobre el tumor, facilitando así su disección.

2.º tiempo. Disección y aislamiento del saco lagrimal distendido (mucocoele). Con la pinza de fijación y el escarificador de Desmarres, tan precioso instrumento para este objeto, como inútil para llenar la indicación para que su autor lo inventó, se procede á diseccionar el saco de los tejidos que le rodean comenzando por su parte externa, siguiendo por la superior, continuando por la antero-interna para terminar por esta última y la inferior.

En este tiempo diferimos también del *Dr. Wieden* en que él comienza á separar el tumor por su pared interna y termina por la externa.

En este segundo tiempo hay necesidad de hacer algunas intilaciones sobre la región operatoria de algún anestésico, empleando también nosotros para este objeto nuestra misma anestesia.

Difícilmente se consigue el aislamiento y la separación total del saco lagrimal.

La cara interna del saco en contacto con el ungüis y que dicen los autores está separada del periostio por una capa de tejido conjuntivo laxo, en la práctica resul-

ta muy difícil su separación (quizá en nuestros casos operados existiera algunas adherencias entre estas membranas) rompiéndose el saco y saliendo su contenido. Por ello es por lo que nosotros terminamos este segundo tiempo con la disección de su cara interna, al contrario del *Dr. Wieden* que comienza por ella.

Terminamos el segundo tiempo raspando perfectamente con la cucharilla cortante, sin cauterizar, el sitio de implantación de la pared interna del saco, y previa hemostasia con el agua oxigenada y limpieza (sin lavado como en el procedimiento original) de la región, colocamos profundamente una mechita de gasa iodofórmica que nos ha de servir de drenaje hasta el tercer día que definitivamente la quitamos.

En un tercero y último tiempo unimos los labios de la incisión mediante tres puntos de sutura lo más profundos posible. Con un vendaje compresivo y un monóculo se termina la intervención.

Fístula lagrimal permanente

De este padecimiento hemos tratado un caso en el Hospital. Es bastante interesante por la rápida curación obtenida, que no ha llegado á tres semanas; siendo de 4 á 5 septenarios el tiempo habitual para su curación en los casos corrientes.

J. V. L., de 30 años, casada, natural de Abla, de esta provincia, ingresó en la Clínica de mujeres del Hospital el día 29 de Mayo de 1.910, padeciendo una fístula lagrimal del lado izquierdo; afección que databa de algunos años.

El tratamiento que empleamos fué el indicado en todos los casos en que la supuración permanente, y las lesiones destructivas hacen inútiles los cateterismos y el empleo de las inyecciones detersivas y fué la des-

trucción total por el raspado y la cauterización del saco lagrimal, tratamiento que lleva consigo como la extirpación del mismo, la pérdida de la permeabilidad de estas vías, pero de la que difiere en que la cicatrización se verifica por 2.^a intención, por mamelones carnosos.

He aquí la operación tal como nosotros la practicamos: primer tiempo, *incisión* de la misma dirección y dimensiones, (previo lavado de la región y protección del ojo por una compresa húmeda, exactamente igual como para la extirpación del saco lagrimal, pero en vez de ser superficial como para esta última operación, que llegue de un solo golpe hasta el fondo del canal lagrimal y colocación del blefarostato de garfios del *Dr. Muller* en los labios de la herida; segundo tiempo, raspado minucioso y detenido con la cucharilla cortante de todas las porciones del saco lagrimal que queden, desde su fondo de saco hasta todo lo que se pueda del conducto nasal; y tercer tiempo, cauterización no con el asa del termocauterio, sinó con el cuchillo y que alcance á todos los escondrijos y destruya por completo las pequeñas porciones de saco que queden adheridas al hueso.

El hueco que resulta se rellena con gasa iodofórmica y se pone apósito húmedo y monóculo que se ha de renovar al día siguiente ó á las 48 horas según indicación. Después se hace la cura diariamente ó en días alternos según convenga.

Esta operación con frecuencia fracasa reproduciéndose la afección primitiva con solo que quede sin destruir una pequeñísima porción de la mucosa del saco, restos que entretienen la supuración é impiden la cicatrización.

El secreto de la pronta curación de este caso radica precisamente en lo que acabamos de decir, en haber hecho un raspado y una destrucción minuciosos de los

restos del saco lagrimal, obteniendo de este modo al 8.º día una herida en perfecta granulación y que de haberse unido (estaba perfectamente limpia) mediante 3 puntos de sutura la curación se hubiera obtenido en 12 días.





Enfermedades de la órbita



Tumor maligno del contenido orbitario.

Los tumores de la órbita son poco frecuentes y pueden ser primitivamente orbitarios ó desarrollarse en el ojo ó partes próxima é invadir secundariamente esta cavidad. Expondremos la historia clínica de un caso tratado en la clínica de mujeres de tumor maligno desarrollado primitivamente en el ojo y que en pocos meses invadió gran parte del contenido orbitario.

M. C. López, de 50 años, casada, de Turrillas, ingresó en el Hospital el día 19 de Abril.

Los antecedentes de esta enferma no aportan dato alguno de valor con relación al padecimiento que sufre.

La enfermedad actual comenzó hace 7 ú 8 meses, la enferma no precisa bien la fecha, por un bultito pequeño en la parte superior de lo negro de su ojo izquierdo (espresión textual) al que no dió en un prin-

cipio ninguna importancia por ser completamente indolente y no producirle ningunas otras molestias. Poco á poco, dice que le fué creciendo, poniéndosele colorado, tapándole el ojo y produciéndole ligeros dolores, síntomas todos que han ido en aumento hasta llegar al siguiente:

Estado actual. Á su ingreso en la clínica esta enferma presenta el ojo derecho completamente sano y en el izquierdo el siguiente estado: párpados completamente normales en dimensiones, color, etc.; por la hendidura parpebral en vez del ojo aparece una masa tumoral de un poco mayor tamaño que el globo ocular, de coloración roja obscura, de aspecto mamelonado y con ligeras ulceraciones y hemorragias en algunos puntos.

Esta tumoración tiene todos los movimientos del ojo, pues no se observa ningún resto del globo ocular al que parece ha sustituido por completo é invade toda la conjuntiva bulbar hasta llegar á los fondos de saco conjuntivales.

La enferma se queja de fuertes dolores peri y orbitarios, no existen infartos de los ganglios preauricular y submaxilares y su estado general es bastante satisfactorio, lo que unido á la poca antigüedad del tumor y á su aspecto clínico de epiteloma y por tanto de su extrema gravedad, nos anima á intervenir.

El estar toda la conjuntiva bulbar invadida por el tumor y no poder determinar á priori su extensión y fundados en la anatomía especial de la región, nos dán motivos para establecer el tratamiento operatorio más radical posible, cuál es la exenteración del tumor con todo el contenido de la órbita, músculos, vasos, nervios, aponeurosis y cojinete celulo-adiposo; incluyendo la misma pared orbitaria (periostio y hueso) de estar invadida.

Operación. La operación la practiqué con el auxilio

eficacísimo de nuestro ilustrado compañero del Hospital, Doctor Pérez Cano, el día 23 de Abril.

Previa asepsia de la región y bajo la acción de la anestesia clorofórnica (1), en un *primer tiempo* incin dimos de un tijeretazo la comisura parpebral externa hasta el reborde orbitario. Después, con una pinza de garfios cojimos el tumor y tiramos fuertemente de él hacia adelante y con el bisturí hicimos dos incisiones semicirculares, una inferior y otra superior, que partiendo del ángulo interno del ojo llegaban al externo, uniéndose por sus extremidades.

Estas incisiones correspondían á los fondos de saco conjuntivales y llegaban hasta el mismo hueso (reborde orbitario). De este modo quedó el tumor libre de los medios de unión de la conjuntiva á la base de la órbita.

Segundo tiempo. Tirando del tumor fuertemente hacia acelante, con la tijera se cortó el ala aponeurótica que une el globo ocular á la pared externa de la órbita en su base y con la sonda acanalada se separó la masa tumoral de dicha pared, hasta más de su mitad. Inmediatamente se hizo lo mismo por la cara inferior, luego por la interna y ultimamente por la superior de la órbita. Con el dedo se acabó de separar todo el contenido orbitario de las paredes de la órbita hasta su vértice.

Tercer tiempo. La masa tumoral quedó retenida en su sitio por un pedículo formado por músculos, nervios y vasos. Con la tijera de enucleación se cortó el pedículo todo lo más profundamente que se pudo y se extrajo el contenido orbitario. La cavidad orbitaria se llenó de gasa ligeramente empapada en agua oxigenada y con un poco de compresión para cohibir la hemorragia.

(1) Estuvo á cargo del Médico de Sanidad Militar D. Gavino Gil.

Una vez asegurada la hemostasia procedimos al reconocimiento de las paredes de la órbita que habían quedado completamente limpias de tejidos, sólo con el peristio y el hueso y en toda su extensión estaban completamente sanas. El pedículo lo recortamos aún todavía más hasta dejarlo al ras del agujero óptico y de la hendidura esfenoidal y con el termocauterio al rojo tocamos la entrada en la órbita de los mencionados agujero óptico y hendidura esfenoidal y de la esfenomaxilar.

La operación que se había llevado á cabo sin el menor incidente, se terminó rellenando la cavidad con gasa aséptica humeda y con la colocación del apósito y de un monóculo.

El exámen anatómico macroscópico (1) del tumor nos suministró los siguientes datos: la neoplasia exteriormente ocupaba el sitio de la córnea y se prolongaba por la conjuntiva y cápsula de Tenon hácia el cojinete celulo-adiposo de la órbita, invadiéndolo en poca extensión. Incindida con arreglo á un meridiano antero-posterior del ojo, pudimos observar que debajo del tumor se encontraba un globo ocular tan pequeño y reducido de volúmen que tendría las dimensiones de un garbanzo. La unión de la neoplasia á la córnea sólo era íntima en un punto del limbo esclero-corneal, que correspondía á la parte superior (sitio de implantación del tumor) y no penetraba en el interior del ojo.

Curso post-operatorio

No pudo ser más satisfactorio, no hubo ni la menor reacción febril, ni infección. Al tercer día levantamos el apósito, hicimos la *toilette* de la cavidad con bolitas

(1) Único que podemos hacer, por carecer el Hospital de laboratorio, y de presupuesto para análisis.

de algodón empapadas en disolución muy débil de sublimado, se hizo un ligerísimo espolvoreo con iodoformo sobre el periostio que ya se encontraba rojo y sangrante en comienzo de cicatrización, se rellenó nuevamente de gasa aséptica húmeda y se puso el apósito y monóculo. Las curas de este modo practicadas, se le han estado haciendo cada 48 horas y por momentos se ha visto ir rellenándose de mamelones carnosos, tan profundísima cavidad que parecía imposible de cubrir.

La conjuntiva parpebral ha contribuído al mismo tiempo que el periostio á la formación de este tejido de relleno, y los párpados hundiéndose poco á poco en la cavidad, han contribuído en no menor parte, á hacer ésta más pequeña, ayudando de un modo indirecto á la conjuntiva y periostio á la reparación.

Resultado. Curación en menos de tres meses, se le dió de alta por curación el día 13 de Julio sin reproducción de la neoplasia y quedando bajo el punto de vista estético no tan mal como á primera vista pareciera dada la magnitud de la intervención; con los párpados y cuenca del ojo lo mismo de hundidos que los que han sido enucleados en la infancia por procedimientos no reglados: este defecto se corrige de cierta manera con el empleo de una pantallita flotante.





Enfermedades de la carúncula lagrimal



Los padecimientos de la carúncula lagrimal son de los más raros de la Patología Ocular, y aún en las obras más modernas de *Oftalmología* se le concede tan poca extensión que hay necesidad de acudir á los trabajos publicados en las Revistas de la especialidad cuando se quiere consultar sobre este punto, siendo uno y quizá el mas completo de los publicados al presente el que oímos leer al Doctor Menacho, de Barcelona, en las sesiones de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana en Mayo de 1907 y publicados en los Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos del mes de Julio del mismo año. Sus padecimientos más frecuentes son las inflamaciones, los abscesos, los quistes y los tumores.

Tumor de la Carúncula

El caso que á continuación exponemos tenía los caracteres clínicos y anatómicos macroscópicos (1) de un

(1) Por las razones aducidas al ocuparnos de los tumores de la órbita, no se efectuó el análisis de éste.

fibrolipoma, siendo padecimiento tan raro que el Doctor Menacho en su trabajo sólo cita dos casos, uno de Boek y otro suyo, á los que añadimos nosotros el que sigue:

G. G. C., de 40 años, soltera, de Félix, ingresó en la Clínica de mujeres de Santa Lucía el día 16 de Marzo.

Señora de antigua posición social, de temperamento nervioso-linfático, con una lesión cardíaca en la actualidad y de antecedentes patológicos numerosos y variados.

Su enfermedad ocular data de 8 ó 9 meses, que su hermana le notó un pequeño bulto en el ángulo interno de su ojo derecho, sin sentir la paciente la más ligera molestia. Este bultito fué creciendo progresivamente, á la vez que sufriendo la paciente las molestias de tirantez, dolorimiento y sensación de un cuerpo extraño en ciertos movimientos del ojo, por lo que decidió acudir á consultar.

Estado actual: Ambos ojos completamente normales y lo mismo sus anejos á excepción de la *carúncula lagrimal* del ojo derecho que se presenta abultada, del tamaño de un guisante y de la coloración(1) y aspecto normales. No existen infartos ganglionares ni delante de la oreja, ni debajo de la mandíbula. Nuestro diagnóstico es de *tumor* de la carúncula. El repliegue semilunar está intacto.

Operación. Al día siguiente de su ingreso en el Hospital, 17 de Marzo, y solamente con anestesia de adreno-cocaína en instilaciones, le practicamos la extirpación del tumor caruncular. Esta intervención fué dolorosísima lo que indica la presencia de nervios en el mismo. La disección de la conjuntiva fué imposible porque las fibras conjuntivas y elásticas se insertaban fuertemente en el vértice de la carúncula, siendo necesaria la

(1) Un poco más roja que la del otro lado.

ablación en masa de este órgano. La conjuntiva del rededor se unió mediante tres puntos de sutura con catgut.

La disección del tumor nos dió como resultado una cantidad muy abundante de pelotones adiposos aprisionados y separados por trabéculas de tejido conjuntivo elástico.

El curso post-operatorio fué completamente normal. Al décimo día y después de eliminarse los puntos de sutura, quitamos el apósito. El día 13 de Abril le dimos de alta por curación. Hasta la fecha no ha habido reproducción del tumor.





Afecciones de la conjuntiva



Son tan numerosas las enfermedades de la conjuntiva que ocupan más de la mitad de todos los padecimientos del ojo y de sus anejos, en esta provincia. Solamente el tracoma ocupa el 40 por ^o/₁₀ de todos los casos, á los que hay que añadir la conjuntivitis de Weeks, endémica en esta comarca y con exacerbaciones anuales durante los meses de Septiembre y Octubre y que suministra un contingente numerosísimo de enfermos; es la llamada *ceguera* del país, que adquiere en los meses referidos una virulencia y una contagiosidad inusitadas. Después le siguen por orden de frecuencia la conjuntivitis linfática con su cortejo sintomático de queratitis y blefaritis del mismo nombre; la conjuntivitis subaguda de Morax-Axenfeld; la impetiginosa; la folicular; la purulenta del recién nacido; la primaverál; la blenorragia del adulto; la medicamentosa, atropínicá (sobrre todas) y la rarísima infecciosa de Parinaud de la que nosotros tenemos publicados dos casos (1), entre los pocos que constituyen su literatura.

El querer hacer sobre la conjuntivitis y principalmente sobre la granulosa un trabajo especial, dada su importancia, nos impide dar mas extensión á este capítulo, al objeto de evitar en lo posible las repeticiones.

(1) Boletín del Colegio de médicos de la Provincia de Almería, Abril 1906.



Enfermedades de la córnea



El tener nosotros publicaciones especiales sobre una de las inflamaciones de la córnea de más importancia (1) y el no contar entre los asistidos con ningún caso que merezca darse á conocer, hace que pasemos por alto esta parte de la Especialidad.



(1) Queratitis Parenquimatosa. — Tesis del Doctorado, Marzo 1908. — Traumatismo y queratitis parenquimatosa. — Hojas mensuales de Oftalmología, Abril 1908. — Contribución clínica al estudio de la queratitis intersticial en la sífilis adquirida. Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos, Junio 1910.



Enfermedades del cristalino



Las cataratas operadas en este tiempo, han sido las siguientes:

Seniles.	9
Traumáticas.	1
Congénitas.	3
Polar anterior.	1
Complicadas.	1

TOTAL. 15

Este número ha sido muy escaso comparado con el total de enfermos, pero si se tiene en cuenta la gran prevención que existe en estos pacientes á operarse en este Hospital, de esta afección, se comprenderá que este número no es tan pequeño como á simple vista parece. Por otra parte los resultados obtenidos han sido de los más favorables, pues no ha habido en ellos complicación de ninguna clase; siendo de esperar que en años sucesivos esta cifra ha de elevarse considerablemente, á medida que la gente vaya dándose cuenta exacta de los éxitos alcanzados, que dicho sea de pa-

so, no desmerecen en nada á los de las mejores clínicas españolas y extranjeras.

El procemiento que nosotros empleamos es el de mediano colgajo con ó sin iridectomia según indicación y cuyos tiempos y detalles no enumeraremos por encontrarse perfectamente descritos en las obras de Oftalmología.

Sólo nos detendremos un instante en las llamadas *cataratas congénitas*. De este padecimiento hemos tenido en el Hospital tres hermanos, los tres varones, de los cuales dos han sido operados, uno, de los dos ojos, y otro, de uno; el tercero de ellos, por ser muy pequeño, no le hemos operado de ninguno.

Este es un padecimiento que con frecuencia se presenta en varios individuos de una misma familia y aún en varias generaciones, siendo por tanto hereditario y familiar. Unas veces se presenta sin ningún otro padecimiento congénito, y otras por el contrario va unido á otros *estigmas* del ojo, de otros puntos ó de todo el organismo. En estos tres casos existía insuficiencia del desarrollo general, casi un estado de infantilismo y en dos de ellos había otras lesiones por parte del globo ocular, en el mayor una dacriocistitis supurada del lado derecho ¡quizá congénita!, y en el segundo un queratocono del ojo del mismo lado. Los tres eran de escasa inteligencia. Aquí la enfermedad se ha presentado aisladamente: ni en sus antecesores ni colaterales hay casos de este genero. (1)

El mayor de estos individuos tenía 21 años, el 2.º 18

(1) Al comienzo de nuestra práctica asistimos á otra familia cuyos tres únicos hijos presentaban lesiones congénitas, dos de ellos cataratas en ambos ojos (uno varon de 12 años y otro hembra de 16) y el tercero con nigtasmus doble y estafiloma de uno de sus ojos. Tambien estos constituían casos aislados, pues hasta entonces no se había presentado esta afección en dicha familia. El varón cataratoso presentaba además hipertrofia del dedo gordo de uno de los piés. Los dos afectos de cataratas presentaban huellas de raquitismo.

y el 3.º 9 y los tres como decimos anteriormente eran raquíuticos.

En cuanto á la *patogenia* de esta enfermedad existen varias teorías: así *Arlt* indicaba la relación que existía entre la tetanía y la catarata zonular, haciendo depender esta afección de la contractura del músculo ciliar, que provocaría la separación del núcleo de la substancia cartilaginosa del cristalino. Esta relación que *Arlt* señalaba entre estas afecciones, aunque no ha sido comprobada en todos los casos, cuenta con algunos fundamentos y partidarios.

Horner sostenía que la frecuente coincidencia de la catarata zonular y las malformaciones dentarias, reconocían el mismo origen, el raquitismo.

Estas dos teorías han sido un poco modificadas por Beselín y Peters respectivamente.

Vossius incrimina á las lesiones del cuerpo tiroides como productoras de la catarata y de las alteraciones dentarias, pues para este autor dicha glándula segregaría una substancia necesaria á la evolución de los dientes y del cristalino.

Enrique y Luis Dor, (de Lión) creen que á estas suspensiones de desarrollo de los dientes, cristalino y glándula tiroides no estarían ajenas las toxinas microbianas; no siendo por tanto su teoría ni convulsiva como la de *Arlt*, ni de raquitismo como la de Horner, sinó que todas estas lesiones serian mera coincidencia, sin ser su verdadera causa. Estos autores aportan como datos para su teoría toxínica las experiencias de Natan-Larrier y Monthus que han obtenido experimentalmente cataratas congénitas por medio de toxinas tuberculosas y estreptocócicas inyectadas á la madre.

Ultimamente E. von Hippel ha obtenido cataratas congénitas sometiendo á los conejos en gestación á la acción de los rayos X.

En cuanto á la variedad de catarata presentada por estos individuos ha sido la más rara de todas: la capsulo-lenticular; estando las cristaloides y el núcleo cristalino completamente opacificados en toda su extensión. La cápsula era sumamente espesa y resistente y difícilmente se dejaba rasgar por el quistitomo. El núcleo era muy pequeño.

La operación practicada fué en el mayor, en el que le operamos solamente el ojo izquierdo la discisión de la cápsula con iridectomía superior, siendo el resultado medianò por estar el núcleo, como acabamos de decir, completamente opacificado. Gracias al coloboma iridiano quedó una pequeña pupíla transparente y una regular visión, pero que por marcharse el sujeto de la Clínica por temer á los cateterismos que se le hacían para curar su dacriocistitis supurada del ojo derecho, para prepararlo para la operación, no pudimos practicarle como hubiera sido nuestro deseo una segunda discisión. Aún sin esto, tenemos la esperanza que las masas cristalinas se hayan acabado de reabsorber y la visión aumentado.

Al segundo hermano se le practicó la extracción de ambas cataratas en sesiones distintas, según nuestra costumbre de siempre, por el procedimiento de mediaño colgajo superior con iridectomia (1). Los núcleos eran pequeños y no había excesiva cantidad de masas corticales. El resultado fué bastante bueno.

Catarata polar anterior

El caso que con este título aparece en la estadística anterior se trataba de un hombre de 21 años, natural

(1) A los dos hermanos de cataratas dobles congénitas, de la familia que asistimos al comienzo de nuestro ejercicio profesional y á que hemos aludido en otra nota, le practicamos solamente cuatro iridectomias con lo que quedó una magnífica visión. Las cataratas eran polares anteriores,

de Turrillas, de escasísima inteligencia, un medio imbecil, y que no suministra ningún dato seguro sobre su historial clínico. Solamente dice que hace tiempo, sin precisar cuanto, quedó ciego.

Su *estado actual* es el siguiente: Ojo izquierdo reducido á un pequeñísimo muñón, como de haber sufrido un flemón. Ojo derecho sin visión, con la pupila fuertemente contraída y sin dilatarse por el empleo continuado de los midriáticos; hay seclusión pupilar. La cristaloides anterior aparece opacificada y blanquecina. Nuestro diagnóstico, aunque sin antecedentes ciertos, es de catarata consecutiva á iritis.

Operación. Nos disponemos á practicarle la extracción combinada y nos sorprendió muy agradablemente el encontrarnos después del segundo tiempo, de la iridectomia, con el cristalino perfectamente transparente detras del iris y con una magnífica visión. La intervención quedó, por tanto, reducida á una iridectomia superior con incisión á colgajo. A los cinco días estaba el paciente completamente curado y con buena visión.





Afecciones de la totalidad del globo ocular

En este capítulo incluimos el glaucoma, el estafiloma total, el flemón ocular y los cuerpos extraños intraoculares ó los padecimientos que reclaman la enucleación.

Glaucoma

Es este padecimiento bastante frecuente en nuestro país; sin embargo en pocos casos podemos intervenir quirúrgicamente para su curación. La inmensa mayoría de las veces acuden estos enfermos á buscar los recursos de la ciencia cuando son incurables. ¡A diario vemos algunos ciegos de glaucoma crónico que data de muchos años y aún en plena degeneración glaucomatosa, que se presentan á ser operados de cataratas!

Nosotros modestamente nos permitimos llamar la atención de nuestros compañeros, á fin de evitar errores de tamaña monta y evitar que bastantes de estos pacientes lleguen á la ceguera total é irremediable.

El diagnóstico en sus formas corrientes, no es de los más difíciles. A todos los médicos les sobra ilustración,

aún sin el auxilio del oftalmoscopio, para poderlo apreciar. Solo es preciso fijarse un poco y aprovechar en la práctica los conocimientos que teóricamente poseen.

Todo enfermo que se presente al médico alegando que su visión vá disminuyendo progresivamente, sin ningún síntoma inflamatorio aparente, ni dolor, hay necesidad en primer lugar de interrogar la edad; si es relativamente joven, deséchese la idea de catarata y búsquense síntomas patognomónicos, y si es viejo, estos últimos dilucirán también la cuestión.

El modo de andar de los glaucomatosos es con la cabeza elevada, como buscando la luz; la tensión del ojo, ó de los ojos afectos, está aumentada; la pupila en mediana ó máxima dilatación y de forma ovalada reaccionando poco ó nada á la acción de la luz; la cámara anterior disminuida de profundidad y la córnea con escasa sensibilidad, se puede tocar con un estilete, un algodón ó cualquier objeto pequeño sin determinar ningún reflejo ó si lo determina es mínimo por parte del músculo orbicular de los párpados. La coloración de la pupila es un síntoma faláz y engañoso del que se debe desconfiar, el reflejo opalino del cristalino en el glaucoma, recuerda por simple inspección la opacidad propia de la catarata, pero las dudas se desvanecen de momento, sencillamente con iluminar la pupila con cualquier espejo de oftalmoscopio ó de laringoscopio y se verá la coloración roja propia del fondo del ojo.

Bien es verdad que gran parte de estos glaucomatosos crónicos, cuando acuden á su médico, es poco antes de presentarse á las clínicas de la Especialidad, pues ellos creen por intuición ó porque algún allegado ó vecino le ha hecho el diagnóstico que su enfermedad son cataratas y esperan pacientemente su ceguera completa para que entonces el médico les desengañe ó les recomiende á sitio donde pudieran recuperar la visión. En estos casos, el médico tiene que ser cauto,

tiene que habérselas con enfermos en los que la esperanza de recobrar la vista les hace mentir sistemáticamente y sólo un juicio sereno é inteligente es el que decide la cuestión y evita el error. Las dudas se desvanecerán teniendo en cuenta, además de los síntomas atrás indicados, que estos enfermos carecen de percepción luminosa y de fosfenos y que en ellos existe la sombra que el iris proyecta sobre la pupila en la iluminación oblicua, sombra que desaparece cuando el cristalino está completamente opaco como corresponde á la pérdida completa de la visión; claro es que para el especialista se queda la comprobación del diagnóstico, además de los ya referidos, por otros medios: imágenes de Purquinje, escavación ó atrofia de la pupila, etc.

Cuando en vez de un enfermo en las condiciones enumeradas se presenta otro que además de estos síntomas presenta otros inflamatorios, congestión alrededor de la córnea y dolor en toda la región del trigémino y cabeza, al nombre de glaucoma solo resta añadirle el apellido de agudo y el diagnóstico queda hecho.

La iritis, única enfermedad que pudiera confundirse con el glaucoma agudo tiene una sintomalogía muy precisa para prestarse á confusiones; puede decirse que las inflamaciones del iris tienen síntomas contrarios á los del glaucoma: pupila fuertemente contraída, y sin reaccionar á la luz; cambio de coloración del iris; exudados en la cámara anterior; tensión normal ó disminuida; gran fotofobia y mucho lagrimeo.

Es cierto también, se puede objetar, que aquí como en tantas otras cuestiones de la Patología humana, las cosas no se presentan con separaciones limitadas, claras, cortadas á pico; pero hay que tener en cuenta si quiera sea como satisfacción á nuestra ignorancia, que estos son los casos que pudiéramos llamar excepcionales, los no corrientes, y donde puede acudir al es-

pecialista, al que se le exige, y casi siempre responde á tales exigencias, un diagnóstico exacto y seguro en la especialidad que cultiva.

Del conocimiento exacto del glaucoma crónico en sus principios, bien es verdad, que no se sacan todas las utilidades que se debiera. Los distintos métodos operatorios establecidos contra esta temible afección no son infalibles. Las esperanzas parecen fundarse hoy en la operación propuesta por Lagrange, oculista de nombre universal y al que más debe la moderna Oftalmología: en la esclerectoiridectomía. De sus resultados no tenemos experiencia personal, porque los casos llegados á nosotros, con el falso diagnóstico que estos pacientes se hacen de sufrir cataratas, son ya inoperables.

No ocurre así con los inmensos beneficios que el paciente haya, cuando su glaucoma es agudo; entonces hay que afinar más en su conocimiento, pues de intervenir quirúrgicamente ó no pronto, depende la conservación ó la pérdida completa de la visión. La iridectomía, operación que por si sola glorifica á su autor Graeffe, evita la ceguera que de otro modo sería completa, cuando se acude á tiempo. Y aún en los glaucomas hemorrágicos donde la iridectomía y sus resultados puede decirse que han sido tema eternos, se beneficia de esta operación cuando se efectúa en su comienzo. El caso citado por el Dr. Weekers de Lieja (1), el también publicado por el Dr. J. Van der Howe, de Utrechf (2), á los que añadimos nosotros un tercero de nuestra práctica particular y que hemos de publicar, son buena prueba de ello.

(1) Archives D' Ophthalmologie de Paris. Octubre. 1.908.

(2) Id. id. id. Enero 1.910.

FLEMON OCULAR

El flemón ocular ó panoftalmia desgraciadamente es muy frecuente en los pacientes de nuestra Clínica hospitalaria. En un total de 168 enfermos que en el tiempo á que hacemos referencia en este trabajo han pasado por las Clínicas de Santa Lucía, hemos tenido 10 casos de flemón ocular, lo que dá un tanto por ciento muy crecido, pero del que hay que hacer sin embargo alguna rebaja por haber sido nuestro servicio oftalmológico esencialmente operatorio, pues la escasez de camas, 12 para ambos sexos, ha hecho sean contados los casos de enfermos agudos ó crónico que por solo sus padecimientos (sin necesitar operación) hayan estado en la Clínica.

Microbios patógenos estreptococos, estafilococos, pneumococos, & &, y destrucción de la barrera epitelial de la córnea (puerta de entrada) con ó sin traumatismo aparente, favorecidos por la miseria, la suciedad y el hacinamiento, patrimonio de las clases desheredadas de la fortuna, tan numerosas en nuestro país, explican casi todas las veces (exceptuando las de origen metastásico) el porqué de su exagerada frecuencia. En casi todos los casos tratados por nosotros existían entropion y dacriocistitis supurada, factores esenciales para su producción: el primero destruyendo el epitelio corneano (úlceras traumáticas) y la segunda suministrando los gérmenes necesarios á su desarrollo.

El método operatorio por nosotros empleado, ha sido en todos los casos y desde el comienzo de nuestra práctica así lo hacemos, la *exenteración ignea* de Lapersonne, propuesta por este sabio profesor de Oftalmología de la Facultad de medicina de París en el Congreso médico celebrado en aquella capital en 1900 y hoy utilizado de una manera sistemática por la ma-

yor parte de los oculistas. Sus ventajas sobre la *enucleación* y la *evisceración* resaltan á primera vista, pues con estas dos últimas intervenciones se abren nuevas puertas de entrada linfáticas y sanguíneas á la infección llegando en algunos casos hasta la meningitis supurada y muerte de los enfermos. Con la exenteración ígnea no se abre ninguna puerta de entrada á los gérmenes patógenos (por ser la córnea tejidos sin vasos) y las existentes, vasos ciliares, papila óptica, etcétera, son destruidos de la manera más segura que en la actualidad disponemos, el hierro candente.

Operación. La anestesia clorofórmica es indispensable. He aquí la descripción de los actos operatorios tal como nosotros los practicamos: primer tiempo, colocado el blefarostato y fijo el globo ocular con la pinza de fijación con un bisturí de párpados practicamos una incisión crucial de la córnea en toda extensión; segundo tiempo con la cucharilla grande de raspado de granulaciones hacemos la extracción del magma purulento intraocular (*evisceración*); en esto nos separamos completamente de Lapersonne que suprime este segundo tiempo y tercer tiempo cauterización con la bola del termocauterio al rojo de la superficie interior de la esclerótica. La operación se termina lavando con sublimado caliente al 1 por 5.000, y con la introducción de un lechino de gasa iodofórmica en la cavidad ocular, un apósito y un monóculo protegen el ojo operado.

Los resultados no se hacen esperar, en el mismo día la fiebre disminuye, la lengua se hace más húmeda, renace el apetito y el estado general mejora extraordinariamente. La supresión del pús es inmediata y no se vuelve á encontrar en las curas sucesivas. Al fin de la tercera semana, término medío, se obtiene la curación, quedando un buen muñón para colocar un ojo artificial.

Estafiloma total opaco

Por este padecimiento hemos practicado en el Hospital cinco amputaciones del segmento anterior del globo ocular (queratectomía combinada de Panas). Este procedimiento operatorio, tiene su indicación, cuando no hay temor de oftalmia simpática (entonces la enucleación es insustituible) y constituye un método de elección cuando por razones de sexo, edad, profesión, etc. etc., se desea obtener el máximun de estética posible. La anestesia clorofórmica es indispensable para esta operación; cuyos tiempos y manual operatorio se encuentran perfectamente descritos en las obras de la Especialidad. Sólo diremos de pasada, que és operación que hay que efectuarla con mucha rapidez, pues de lo contrario todo el vitreo se vacía, y que hay que acompañarla de una esmeradísima asepsia por ser este medio transparente del ojo muy susceptible de infectarse.

Los resultados operatorios y estéticos obtenidos en nuestras cinco intervenciones, no han podido ser más satisfactorios, pues ni ha habido en ninguno de ellos, ni infección ni complicación de ninguna clase y ha quedado en todos un magnífico muñón con todos los movimientos del ojo normal (no se tocan las inserciones musculares) y después de la prótesis el resultado estético ha sido ideal: nuestros compañeros de Hospital han visto algunos casos, siendo difícil por la simple inspección su diagnóstico.

Enucleaciones

Las enucleaciones practicadas por distintos padecimientos han sido en número de ocho. Dos de ellas,

por cuerpos extraños intraoculares, uno de perdigones y otro de un trozo de fistón de escopeta. Otro de los casos por estafilomas ecuatoriales voluminosos y múltiples; uno por glaucoma absoluto; dos por ojo tísico doloroso y los dos restantes ofrecen particularidades que merecen una ligera exposición.

El primer caso corresponde al que en cuadro de la estadística operatoria figura con el título de tumor óseo intraocular. Se trataba de un pobre ciego por explosión de un barreno en una mina. El ojo derecho había desaparecido por completo y del izquierdo sólo quedaba un muñón como de la mitad del volumen del ojo normal. El traumatismo databa de algunos años. Este paciente se quejaba de fuertes dolores en su único muñón ocular. Por parpación, aunque con dificultad por el dolor, se percibía como un cuerpo extraño duro y de forma irregular. Practicamos la enucleación del muñón por el procedimiento de Bonnet, único que nosotros empleamos y hecha la disección del ojo atrofiado encontramos en él, un trozo de hueso, fuertemente adherido á las membranas internas y de la forma y el volúmen que recordaba el de una media judía.

Segundo caso. A. D. G., de 38 años, carpintero, residente en Alhama.

El padecimiento actual se reduce á un muñón atrófico y doloroso del ojo izquierdo y á una coroiditis exudativa simpática del derecho.

Se le practica la enucleación del muñón, incindiéndose el nervio óptico muy lejos de su entrada en la esclerótica. Su disección puso de manifiesto la coroides completamente osificada en toda su extensión con las depresiones y salientes del muñón, correspondiendo las primeras á las inserciones de los músculos rectos y las segundas á sus intermedios. Su espesor era como el del caparazón del caracol. Con el empleo de

fricciones de 40 gramos de pomada mercurial doble en ocho cajitas se terminó el tratamiento, recomendando al paciente, no utilizara ninguna pieza de prótesis, para no producir nuevos traumatismos sobre su órbita izquierda.





Publicaciones del Autor

- 1.906 Dos casos de conjuntivitis infecciosa de Parinaud. Boletín del Colegio de Médicos de la provincia de Almería, més de Abril.
- 1.907 Un caso de neuritis óptica alcohólico-nicotínica. Boletín del Colegio de Médicos de la provincia de Almería, més de Abril.
- „ Anestesia local en las operaciones de los párpados producida por la asociación de la estovaina, adrenalina y acoina. Comunicación presentada á la cuarta Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana en el mes de Mayo. Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos, més de Septiembre.
- „ Un caso de flemón orbitario ó retro-bulbar. Boletín del Colegio de Médicos de la provincia de Almería, més de Julio.
- 1.908 Queratitis parenquimatosa (Estudio clínico-experimental). Tesis del Doctorado de Medicina. Leida y discutida el 11 de Marzo.
- „ Importancia del reconocimiento sistemático de la visión á los empleados de ferro-carriles. Boletín del Colegio de Médicos de la provincia de Almería, més de Marzo.

- „ Traumatismo y queratitis parenquimatosa. Hojas mensuales de Oftalmología, més de Abril. Análisis en les Archives D' Ophtalmologie de Paris por A. Cantonntet, més de Junio.
- „ Anestesia Alipínica en las operaciones de los párpados. Comunicación presentada á la quinta Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, més de Mayo. Extracto en las Hojas mensuales de Oftalmología, més de Junio. Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos, més de Febrero de 1.909.
- „ Ampliopia ó neuritis óptica alcohólico-nicotínica. Hojas mensuales de Oftalmología, més de Julio.
- 1.910 Modificaciones al procedimiento de Panas, para las operaciones de entropión del párpado superior. Comunicación presentada á la séptima Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, més de Mayo.
- „ Contribución clínica al estudio de la queratitis intersticial en la sífilis adquirida. Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos, més de Junio.



FE DE ERRATAS



PÁGINA	LÍNEA	DICE	DEBE DECIR
7	11	Estravismo	Estrabismo
9	24	Ptirigions	Pterigions
42	4	Mediano col- gajo	Mediano col- gajo superior
44	20	Cristalinas	Cristalinianas

