

1. La sarcoïdosis possède une étiologie multiple et elle peut être provoquée par divers microorganismes. Parmi eux probablement celui qui est le plus fréquent est le *Mycobacterium* (Koch, Hansen, paratuberculeux) bien qu'elle pourrait être produite par d'autres germes.

2. Ce qui est fondamental ce n'est pas l'agent pathogène, mais la réaction constitutionnelle sur la base d'un trouble du système réticuloendothélial congénital acquis par des infections de préparation. De celles-ci on considère comme les plus importantes la tuberculose, la lèpre et la syphilis.

3. Cliniquement elle se caractérise par une évolution torpide des bourgeons et par son ubiquité qui peut affecter tous les organes.

## NUESTRA EXPERIENCIA EN OCHOCIENTAS INTERVENCIONES DE CATARATA CON VENTOSA (\*)

M. MARÍN ENCISO

Jefe Clínico del Servicio de Oftalmología del Hospital Provincial de Madrid.

La operación de catarata ha sido, es y será la que despierte mayor interés y preocupación en todos los oftalmólogos, no sólo por lo que a la visión se refiere, sino también al resultado estético y a la seguridad operatoria, pues aunque parezcan fáciles todas las técnicas, no lo son en el momento operatorio.

Por lo que se refiere al resultado visual, hoy se practica la extracción intracapsular o "in toto", que no deja restos de cápsula que puedan perturbar el resultado, quedando los enfermos con visión = 1 ó superior a la unidad. Los restos capsulares, no sólo por lo que perturban la visión, sino también por los fenómenos irritativos que producen (iritis e iridociclitis), prolongan la curación considerablemente.

La extracción intra-capsular o "in toto" de la catarata con el irisífacio es la intervención que nosotros realizamos.

**TÉCNICA.**—Una hora antes de la operación se comienza a instilar cada diez minutos unas gotas de solución de cocaína al 4 por 100, con eufatmina al 5 por 100 y adrenalina al 1 por 1.000 (esterilizadas), y al cabo de una hora que la anestesia se ha obtenido, se lleva el enfermo a la mesa de operaciones.

La desinfección de piel, párpados, pestañas, cejas, nariz, mejillas y frente la realizamos con

tintura de yodo, limpiándola después con alcohol absoluto.

La anestesia profunda, retrobulbar, la realizamos por la vía conjuntival o cutánea indistintamente, con un centímetro y medio de la solución de novocaína al 4 por 100 y tres gotas de adrenalina al 1 por 1.000.

La aquinesia del músculo orbicular de los párpados la obtenemos con una pequeña cantidad de novocaína al 2 por 100 (3 c. c.) en inyección sobre el mismo hueso en el reborde orbitario externo.

De ordinario no lavamos los ojos en el acto operatorio; solamente en los llorosos, por la epifora resultante de la extirpación del saco lagrimal (que únicamente lo hacemos en las personas de edad muy avanzada cuando no se puede practicar la dacriocistorrinostomía), verificamos un lavado con suero fisiológico estéril y templado antes de colocar el blefarostato.

Se toma la tensión, y cuando es inferior a 10 m/mhg, comenzamos el acto operatorio. Mientras no alcance esta cifra, se esperan los minutos necesarios.

Los instrumentos de corte se esterilizan durante más de media hora en alcohol absoluto y se lavan con agua estéril; los restantes instrumentos se esterilizan por ebullición.

Para secar el campo operatorio utilizamos unos pequeños cilindros de algodones húmedos y estériles.

La cabeza se coloca horizontalmente, y se almohadillan los lados para evitar el desplazamiento.

No se comienza el acto operatorio mientras no estemos convencidos principalmente de la aquinesia del orbicular.

El blefarostato de Arruga, para nosotros, siempre ha sido indispensable, y le agregamos, desde hace muchos años, una modificación que permite separar el párpado inferior del globo ocular lo mismo que con el superior hace su modelo.

**Primer tiempo.**—La fijación del recto superior la practicamos cogiéndole con una pinza de diente de ratón fina y pasando un asa de seda núm. 2, que se sujeta a una pinza de Pean o de Kocher, y a voluntad dirigimos el ojo hacia abajo o permitimos la mirada hacia arriba; además, con el ojo sujeto e inclinándolo hacia la derecha, nos contrarresta la presión que se hace con la aguja de sutura de córnea, y que tiende a dirigir el ojo hacia adentro; es como las riendas de un caballo que dirigimos a nuestra voluntad, y nunca lo inmovilizamos por los inconvenientes siguientes: 1.º El ojo en la mirada hacia abajo favorece la salida del vítreo por el aumento de la tensión. 2.º Al hacer la sutura de córnea, el ojo siempre se dirige hacia donde se efectúa la salida de la aguja y no permite cogerla bien; y 3.º La fijación del recto interno, que describiremos después, no podríamos efectuarla cómodamente.

**Segundo tiempo:** Sutura previa de la córnea.—

(\*) Trabajo presentado en el Servicio del Profesor Jiménez Díaz.

Desde hace veinte años, y excepción hecha de cuando no disponemos de agujas de córnea, la practicamos sistemáticamente. Se introduce la aguja verticalmente casi en el mismo limbo, radio de las doce horas, en el espesor de la córnea, saliendo a un par de milímetros horizontales (sutura de Liegard). Con la aguja que hemos puesto en el otro extremo de la seda, y dejando un milímetro de espacio del corneal, se le hace pasar por el tejido episcleral, teniendo cuidado de que queden bien enfrentados para que al suturar se correspondan y no se pliegue la córnea, lo que dificultaría la coaptación perfecta y haría la cicatrización más tardía, con el consiguiente astigmatismo irregular postoperatorio. El punto forma una "C" abierta hacia adentro o hacia afuera, según se trate del ojo izquierdo o del derecho, respectivamente.

Las agujas que empleamos son las de Kalt, y la seda la más fina, que es la de 000.

*Tercer tiempo: Fijación del recto interno.*—Hay muchas modificaciones para la sujeción del globo ocular, pero la mayor parte de ellas es a base de la conjuntiva, bien en la parte interna o inferior, más o menos próxima al limbo, mas casi todas tienden a fracasar en los enfermos hospitalizados, donde ofrecen una variedad de conjuntivitis friables, bien por haber padecido conjuntivitis crónicas, que es la mayoría, o por trastornos vasculares o carenciales de vitaminas, que se desgarran, por lo que no se puede hacer una fijación perfecta (aunque el cuchillito sea excelente), con el equímosis consecutivo.

La fijación sobre el tendón del recto interno nos permite tal como la hacemos nosotros, a 5 ó 6 mm. del limbo, primero estar seguros de llevar el ojo donde queramos, sin que la conjuntiva se rasgue, y, segundo, podemos levantar bien el ojo o deprimirle a conveniencia y evitar que el iris monte sobre el cuchillito y se seccione.

*Cuarto tiempo: Queratotomía.*—La sección de la córnea la efectuamos en el mismo limbo esclerocorneal, comenzándola en el meridiano horizontal para obtener siempre un amplio colgajo, exactamente de la mitad de la córnea.

La punción, el paso del cuchillo por la cámara anterior, la contrapunción y la sección de los cuadrantes superiores los efectuamos indistintamente despacio o con rapidez; el resultado es el mismo, y se termina la sección entre las dos asas de sutura previa de la córnea, que hay que tener cuidado de no seccionar.

*Quinto tiempo: Iridotomías.*—Desde hace un año practicamos (a excepción hecha de tratarse de un enfermo indócil o con la pérdida del otro ojo) varias iridotomías. Previamente, una vez hecha la queratotomía, levantamos el colgajo corneal, y con una jeringuilla de cristal aspiramos (nunca lavamos la cámara anterior), en caso de que haya sangre, dejando el campo limpio, y con una espátula distendemos el iris hasta que la pupila esté centrada o lo más centrada posible, y con la pinza-tijera de Wecker,

de extremos puntiagudos, la colocamos ligeramente entreabierta en la porción periférica del iris, en los radios X, XII y I, y algunas veces hacemos hasta cuatro iridotomías. Después, con una espátula muy delgada y estrecha, la pasamos por detrás del iris en todas direcciones (abajo, a los lados y arriba) y hasta cerca de su raíz. Esta maniobra es muy útil por presentar casi todos los enfermos del Servicio hospitalario sinequias posteriores periféricas, que dificultan la extracción de la catarata.

*Sexto tiempo: Extracción con ventosa (aspiración).*—El empleo del método de aspiración en la extracción "in toto" de la catarata data de 1902. STOEWER, de Suiza, fué quien primeramente empleó una ventosa adaptada a una pera grande de caucho, con la que hacía el vacío y verificaba la extracción en los dos tercios de los casos.

En 1910, VAN HULEN, de San Francisco, utilizaba una ventosa parecida.

En 1917, BARRAQUER denominó facoéresis a su procedimiento y erisifaco a su instrumento.

Después GREEN ha modificado el de BARRAQUER.

También, y para evitar el uso de motor y simplificarlo, se han inventado multitud de ventosas, que son como jeringuillas, siendo DIMITRY el primero en construirla.

Después ROCHON - DUVIGNEAUD, ARGANARAZ, ARRUGA y LIJO DE PAVIA también han ideado ventosas parecidas.

Ultimamente, los Dres. PÉREZ LLORCA, de Cádiz, y MORENO, de Granada, utilizan una ventosa con una gomilla de cuentagotas.

Estas ventosas no pueden ser tan útiles por la dificultad de obtener el vacío siempre que fuera necesario y tenerlas que cargar cada vez que se aplique, cosa que no ocurre con las actuadas por motores eléctricos.

La ventosa o erisifaco que nosotros empleamos, por su sencillez, fácil manejo, de poco peso para poder transportarlo (con caja es, aproximadamente 2 kilogramos), es el modelo de nuestro condiscípulo RAMÓN CASTROVIEJO, y consiste en un motor de 115 voltios, de tamaño reducido (12 × 6 cm.), aplicable a las dos corrientes y provisto de un soporte pequeño de madera con dos tubos pequeños metálicos, de 3 cm., y en uno de ellos se aplica la goma de vacío con el erisifaco, y el otro, que se puede tapar con un dedo para disminuir el ruido, pero, sobre todo, para efectuar el vacío a menos de 55 (alrededor de 35).

El erisifaco, adaptado por un mango cuyo extremo se adapta a la goma y en el otro a la ventosa, cuya longitud es la de una aguja intramuscular, y cuyo extremo acodado termina en una pequeña cápsula de 3 mm. de diámetro (en la actualidad nosotros estamos fabricando unos modelos más pequeños). Todo él es metálico. El mango está ligeramente estriado, para evitar que resbale de los dedos, y está desprovisto de resortes.



**Manera de aplicar la ventosa.**—Es mucho más fácil de lo que parece, pues su colocación previa se hace indistintamente por arriba o por los lados; depende del reborde orbitario, de la nariz y del ojo. Una vez la hemos introducido donde más cómoda la encontramos, se aplica ligeramente inclinada formando un ángulo de unos 45° aproximadamente, y adaptándola casi en el mismo centro o ligeramente un poco más abajo de su centro. Antes de dar paso al vacío tenemos que convencernos de: 1.° Que esté bien adaptada. 2.° Que el iris no se coja, y para esto, con una espátula, se le levanta (caso de que la pupila no esté dilatada); y 3.° Que en todas las pruebas, y siempre desde el principio, se haga un vacío inferior a 55 (alrededor de 35), lo que fácilmente se consigue con tapar el tubo de salida de aire que se encuentra al lado del de vacío. Una vez que se han tomado estas precauciones, con el interruptor de pie damos paso al vacío, teniendo la ventosa colocada unos minutos y se va levantando lentamente, y hacia arriba, procurando al mismo tiempo con una espátula separar el iris y hacer en su porción escleral superior una ligera presión hacia atrás, que permite su salida rápida y fácil. No aconsejamos, por no ser necesario, ni colocar la ventosa muy abajo, ni hacer presión con una cucharilla (como si fuera un Smith), ni tampoco darle la vuelta, pues creemos que se facilita la salida de vítreo, mientras que nosotros no la hemos tenido al hacer la extracción por simple deslizamiento; además es de una sencillez inigualable.

Algunos casos en que hay adherencias del iris que impiden la salida de la catarata, o cuando la zónula es muy resistente, sobre todo en las personas jóvenes, hacemos un movimiento de lateralidad y esperamos más tiempo para efectuar su extracción.

**Séptimo tiempo: Reposición del iris.**—Una vez extraída la catarata, queda el ojo hipotónico y muchos con burbuja de aire en la cámara anterior, y si no, con una jeringuilla y una aguja cualquiera se inyecta aire (esto lo hacemos al final, en el momento que le vamos a colocar el apósito). Se anuda el punto de sutura corneal, y si es necesario practicamos dos puntos laterales, cogiendo córnea-conjuntiva, porque hemos observado que quedan mejor coaptados y la cicatrización se hace rápidamente, además de permitirle al enfermo una movilidad bastante grande.

El iris se repone teniendo cuidado siempre de inclinar la espátula hacia atrás primero, y después hacia abajo, arrastrando el iris desde la parte periférica hacia el campo pupilar. No es conveniente llegar al borde. Se vuelve a introducir la espátula para reponer el colgajo corneal y se aplica eserina al 1 por 100 y mercurocromo al 4 por 100.

**Tratamiento postoperatorio.**—Es tan importante como la operación. Muchos oftalmólogos lo descuidan. Nuestra práctica de muchos años nos ha demostrado que no consiste en operar más o

menos bien, sino en no dejar al cuidado de otros lo que hemos hecho al enfermo.

El estado general y la observación de la lengua, pulso, respiración, estado del vientre, etc., nos indicarán el modo de proceder. En lo que se refiere al estado ocular, el operador sabe cómo ha quedado la operación y lo que le tiene que hacer al levantar el apósito al día siguiente o a las cuarenta y ocho o más horas.

Nosotros aconsejamos levantar el apósito a las veinticuatro horas, porque los enfermos siempre dicen que tienen molestias (aunque no las haya), y además por ver si hay secreción, y cómo está la pupila y si la cámara anterior se ha formado, etc., etc.

Nos parece mejor instilar en las curas pilocarpina o eserina, y como mínimo tener la pupila contraída cinco días; después habrá tiempo de dilatarla en caso de que fuera necesario.

Por segunda vez se vuelve a levantar el apósito a las cuarenta y ocho horas y después cada dos días o diariamente. La secreción abundante contraindica el apósito.

Además de la pilocarpina o eserina ponemos una gota de mercurocromo al 4 por 100.

En los dos años que llevamos trabajando con la ventosa (nuestra estadística anterior con pinza era de más de 3.000 intervenciones) ascienden a 800 los casos. El erisífacio podemos decir que es de una superioridad y eficacia mucho mayor que la pinza. Solamente para poder hacer una estadística con datos y casos suficientes de la superioridad de un método se necesita emplearlo de una manera sistemática, como nosotros hacemos.

Tenemos sesiones operatorias de nueve y diez enfermos de cataratas corticales, capsulares, morgagninianas, intumescientes, seniles, calcificadas, congénitas, etc., todas con erisífacio.

Nuestra experiencia es la siguiente:

1.° En las seniles e hipermaduras, la cápsula está degenerada y la zónula no es resistente, por lo que la pinza no las puede coger, resbalan o se rompen, y casi todas se extraían con el asa o con la espátula. Con el erisífacio, y empleando un vacío pequeño, se extraen fácilmente, sin contra-tiempo.

2.° Las cataratas capsulares no maduras son las que se pueden extraer con pinzas, pero mejor con el erisífacio.

3.° En las cataratas corticales o cortical-subcapsulares, igual criterio que el anterior.

4.° Las cataratas morgagninianas e intumescientes que no se pueden extraer con pinza porque resbala o se rompe la cápsula, con la ventosa salen fácilmente.

5.° En las cataratas congénitas. Lo que se ha hecho siempre ha sido una disección con el quistitomo o simplemente con el cuchillete, porque la zónula muy resistente está muchas veces adherida al vítreo por la cápsula posterior y no se prestan a ninguna otra maniobra mejor que al empleo de la facoéresis.

En general, en todas las cataratas está indi-

cada la facoéresis, y con mayores garantías de éxito que con ningún otro procedimiento.

Nuestra experiencia del estado óptimo en lo que se refiere a la tensión ocular para operar la catarata y evitar salida de vítreo (datos tomados en más de 500 enfermos) es con tensión ocular no superior a 12 m/mhg. Hoy, y debido a nuestra larga práctica, no tomamos la tensión (aunque aconsejamos lo hagan los principiantes), y solamente la exploración digital nos basta.

#### CONCLUSIONES.

Es preferible la ventosa:

- 1.º Por su fácil manejo.
- 2.º Por no hacer presión sobre la catarata.
- 3.º La rotura de la zónula se hace de una manera suave irradiada (movimientos intermitentes).

4.º Con la tensión ocular baja se evita la salida de vítreo, no habiendo tenido ningún caso de pérdida del mismo.

5.º El deslizamiento que nosotros practicamos para la salida de la catarata evita la presión que se pueda hacer al intentar dar la vuelta, además de ser más fácil el no verificarla.

6.º El curso postoperatorio es más satisfactorio que con la extracción con pinza.

Las múltiples ventajas y la falta de inconveniente en el empleo del erisífacio (que muchos no quieren ver), lo han convertido en un verdadero instrumento necesario e imprescindible del oftalmólogo moderno. Creyendo se logra el ideal en la operación de la catarata: visión, estética y seguridad.

#### SUMMARY

Based upon the experience of 800 operations performed by himself, the author recommends the cupping method in the operation of cataracts owing to its simple handling and greater margin of safety, having reached ideal conditions in cataract operations viz., good vision, a perfect appearance and great safety.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Auf Grund von 800 selbst durchgeführten Operationen empfiehlt der Verfasser zur Staroperation die Schröpfkopfmethode, weil dies die einfachere und sichere Methode ist und weil man so ein ideales Resultat bekommt: Gutes Sehen, guten aesthetischen Effekt und grosse Sicherheit.

#### RÉSUMÉ

L'auteur, se basant sur son expérience de 800 interventions personnelles, recommande la méthode de la ventouse dans l'opération des cataractes, à cause de sa manipulation plus facile et sa plus grande sécurité, arrivant à atteindre de la sorte l'idéal dans l'opération de cataractes; bonne vision, stétique parfaite et grande sécurité.

#### CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE CIERTOS PROCESOS ATROFICOS DE GLANDE Y PREPUCIO

*Balanitis intersticial y profunda de Fournier, Kraurosis penis de Delbanco, Balanitis xerótica obliterans post operationem de Stühmer.*

E. DE GREGORIO

Director del Dispensario Dermatológico y de Higiene Social de Zaragoza. Miembro numerario de la Real Academia de Medicina.

Por tratarse el glándulo y prepucio de regiones anatómicas, puerta de entrada de gérmenes infectantes de origen venéreo, para quienes cultivamos la venereología no es nada excepcional que consulten algunos sujetos por presentar afecciones de estas regiones sin relación alguna con la patología venérea. Frente a estos casos, nos ha llamado poderosamente la atención ciertos hechos no bien determinados en algunas publicaciones que con ello se relacionan. Así ocurre con no pocos síndromes escleroatróficos de marcha evolutiva extraordinariamente crónica y finalmente atrófica, sobre los que reina un franco confusiónismo, y es cierto cuando dicen NAVARRO-MARTÍN y AGUILERA cómo al repasar la literatura referente a estos procesos atróficos de glándulo y prepucio con facilidad se observa gran desorientación y fijeza de interpretación.

Así ocurre con la kraurosis penis, la balanitis xerótica de Stühmer con la leucoplasia y ciertos líquenes y esclerodermias, que siendo sin duda algunas de ellas diferentes, al presentar a veces estrechos lazos de unión su interpretación etiopatogénica es confusa, razón por la cual existen diversas denominaciones para definir e interpretar a veces hechos análogos, y hasta ocurre que bajo la misma denominación son agrupados síndromes totalmente diferentes.

Durante el invierno de 1937 tuvimos ocasión de observar en el paso de un corto período de tiempo varios enfermos con un síndrome atrófico de glándulo superponible por entero a la afección conocida como balanitis de Stühmer, los que nos hicieron recordar otro enfermo reiteradamente asistido y tratado de un síndrome próximo, pero sobre todo con una estenosis meática progresiva. Estos casos y otros observados con posterioridad fueron objeto en aquel entonces de un trabajo en el que analizábamos las ideas y hechos expuestos por STÜHMER al describir la afección que lleva su nombre, en cuyo trabajo proponíamos, por razones que veremos más tarde, que sería mejor denominar a tal afección con el nombre de Balanitis inflamatoria crónica, atrófica y esclerosante.

Con el paso del tiempo han surgido en nuestros Servicios nuevos casos que, sumados a los anteriormente observados, permiten formar un concepto más firme de estos procesos balánicos y prepuciales, hecho por el cual hoy volvemos