
LA FINALIDAD DE LA SEMANA DE LA CATARATA

PROFESOR FRANCISCO VERNAZA

Palabras pronunciadas por el Profesor Titular de la Clínica de Ojos, Oídos, Nariz y Garganta de la Facultad Nacional de Medicina de Bogotá, en el Hospital de San Juan de Dios, el día lunes 10 de julio de 1939 al inaugurarse la Semana de la Catarata.

Señor Decano de la Facultad de Medicina, señor Director del Hospital de San Juan de Dios, señor Jefe del Grupo de Clínicas Quirúrgicas, señor Jefe del Servicio Social de San Juan de Dios, señores Miembros de este Servicio Hospitalario, queridos colegas, señores alumnos:

Este viejo Servicio Hospitalario de San Juan de Dios está de plácemes. Acudiendo a la gentil invitación del señor Decano de la Facultad Nacional de Medicina y del Profesor de la Clínica de Ojos, Oídos, Nariz y Garganta, los queridos colegas de la Especialidad están aquí reunidos en un ambiente de familia. Vamos a celebrar por vez primera "La Semana de la Catarata".

Al asociarme a las palabras de bienvenida del Profesor Cavelier, Decano de la Facultad, quiero dar muy expresivas gracias al señor Decano por la manera gallarda como se ha prestado a la realización de esta iniciativa admirablemente secundada por el señor Director del Hospital, quiero manifestar mi personal y sincero agradecimiento a cada uno de los oftalmólogos aquí congregados por haber acudido a nuestro llamamiento, enviar un saludo a los que estando fuera de Bogotá no han podido concurrir, y evocar por un momento la memoria de aquellos que ya se fueron como Laverde, nuestro querido Arturo Arboleda, y que han dejado esos puestos vacantes entre nosotros.

Cosa maravillosa, sublime, que es una entidad, que es una idea. Los hombres son un accidente, son un detalle, son algo que pasa. Una institución es algo que perdura, algo que queda, algo que progresa y que puede ser eterno. Este Servicio Hospitalario, iniciado hace cerca de 40 años en el viejo edificio de San Juan de Dios en una forma embrionaria, desempeñado por el doctor Manuel Narciso Lobo, varios años, por el

doctor Celso Jiménez López más de 25 años, y en manos del Profesor que habla hace tres años, es la más palpable demostración. Ha seguido su evolución, más o menos lenta, pero en una línea ascendente. Si en un tiempo era suficiente para las necesidades didácticas y de beneficencia del país, de algún tiempo para acá apenas puede llenarlas. Será necesario que sufra los mejoramientos y modificaciones que exijan la hora presente y las nuevas necesidades de ocho millones de habitantes y basado en el pasado tengo una fe absoluta de que así ha de suceder, hasta llegar a ser un servicio modelo por las atenciones y cuidados para el enfermo, por la calidad de enseñanza que reciban los alumnos, por la agitación de ideas que él despierte y por sus puertas ampliamente abiertas, cordialmente abiertas para todo el que quiera perfeccionarse o iniciar una técnica, progresar en una investigación, etc.

En esta labor y en este programa el Profesor actual ha de ser un accidente, algo que pasa, algo que mañana no existirá. Lo único que perdurará será este servicio clínico y didáctico, mientras exista nuestra Facultad. El debe ser mirado por todos con ojos de cariño y de sumo interés. Una de las finalidades de las reuniones de esta semana es hacerlo simpático, de hacerlo querer y de aplicar de manera evidente la política de la puerta abierta, por la cual creo haber laborado desde mi llegada a este Hospital.

Es muy justo que el primer acto del señor Decano, al declarar abierta la Semana de la Catarata, haya sido la instalación de los retratos de los Profesores anteriores. Vuelve a estar entre nosotros la austera, humana y altamente médica figura del doctor Manuel Narciso Lobo y es justo que recordemos sus virtudes y atrayente personalidad por medio de este acto oficial, que apenas es el reconocimiento de su acrisolada caridad, de su bondad, de su desinteresada labor por esta afligida humanidad.

El doctor Lobo fue un médico de un estilo como lo exigía su época, y que hoy sólo llenará las necesidades de centros menos importantes que las capitales de nuestros departamentos más densos en población. Yo recuerdo que en mi familia era el médico al cual se acudía en todas circunstancias, era el amigo y el consejero. Conducía con igual habilidad una fiebre tifoidea o una difteria, y esas manos enérgicas que arreglaron la fractura del niño de entonces y que hoy habla, eran las mismas manos que en la mañana, en este mismo Servicio Hospitalario en que nos encontramos, habían devuelto la luz y la esperanza al viejecito de la catarata.

Este estilo de Médico general, Oftalmólogo y especialista en las otras enfermedades de los Organos de los Sentidos, creo que todavía pueda ser de utilidad en algunas poblaciones de poca importancia, y ojalá que cada médico de provincia fuera uno de ellos para remediar aquello que no

puede ir a los centros importantes o para que sepa conducir o enviar los casos a los verdaderos especialistas en la materia. Estos especialistas creo que por muchos años tendrán que serlo en los cuatro campos de nuestra especialización, cuestión todavía de densidad de población. Apenas de esta manera podrá tener los honorarios que le permitan una vida decente y sin enriquecerse, y si algunos casos completamente de excepción, muy honrosos, pueden presentarse, no creo sea de desearse que se generalicen, por el momento, no vaya a suceder que el médico con una especialidad demasiado restringida para el actual volumen y costumbres de la clientela, pueda caer en la demasiado tentadora indicación quirúrgica que le mejore su situación presupuestal.

Los últimos años del doctor Lobo fueron los de un mártir. Doblegado por la enfermedad, salvado de la indigencia por el espíritu de camaradería de los médicos de la capital, porque contra lo que está creyendo con demasiada frecuencia el público, el médico que vivió con decencia y cierto confort y cierto decoro, a la hora de la vejez o de la enfermedad en que ya no trabaja, generalmente no tiene lo necesario para su subsistencia. En estos días, en que tuve el placer de conversar con la señora hija del doctor Lobo, me contaba que su padre, en esos años lúgubres y eternos, nunca tuvo una palabra de protesta contra la Providencia y sólo se atrevía a decir: "Dios mío, hasta cuándo se prolongará esto?"

También tenemos el placer de tener aquí el retrato del Profesor Celso Jiménez López. Para los que hemos vivido las luchas de Hospital, las dificultades de toda realización, los inconvenientes de nuestros adaptados servicios hospitalarios, la penuria de nuestras instituciones, la improvisación de nuestros cuerpos de enfermeras, apenas hoy en vía de feliz evolución, la calidad de nuestra pobre e incomprensiva clientela hospitalaria, la carencia de un instrumental necesario, de aparatos y elementos que hagan el trabajo fácil y en ocasiones posible, etc., la labor del Profesor Jiménez López en un cuarto de siglo está llena de méritos. Figura de austeras disciplinas científicas, con un tan alto concepto de su labor hospitalaria y con un tan profundo respeto por el enfermo de Hospital, que en la realización de la indicación quirúrgica el colaborador no le inspiraba suficiente confianza, queriendo ser él, personalmente, quien llevara el enfermo a la curación, preocupado por todos los detalles.

En los tiempos actuales, las prácticas tienen que ser otras. El desproporcionado desarrollo del país hace que este servicio vea con afán la formación de colaboradores capaces de reemplazar ante el enfermo en un ciento por ciento al Profesor. La formación de especialistas que llenen las necesidades de nuestro territorio es una necesidad nacional.

Muchos de estos enfermos a quienes les han practicado la operación capsularia en cataratas hipomaduras que se eternizaban, llegan con unos negros retinianos admirables, con unas agudezas visuales envidiables, y he podido observar que esas iridectomías periféricas, pequeñas que practican mucho en Viena, además de ser admirablemente estéticas al conservar un esfínter iridiano libre de adherencias y que se contrae convenientemente con la luz, estos enfermos no viven deslumbrados, como ocurre con las otras iridectomías demasiado amplias.

Por todas estas razones creo que la operación de la catarata sí ha sufrido modificaciones esenciales que sería muy útil que se generalicen. Hacer el inventario del estado actual entre nosotros y fomentar toda innovación que pueda ser útil para los enfermos es el motivo de estas reuniones. Y de la comparación de sistemas y modos personales para conducir el enfermo, para remediar los casos difíciles, etc., ha de salir una enseñanza que ambiciono que no se pierda y quede en los extractos de nuestras reuniones.

Los temas son extensos y variados:

La catarata clásica, con y sin iridectomía.

Sus modificaciones, como pueden ser la sutura, el puente conjuntival, los trucos para suprimir el blefaróstato causa de accidentes, etc.

Los consejos sobre preparación del enfermo, anestesia, curación, reposo, etc.

La operación capsularia con la pinza.

La operación de Barraquer.

Catarata y dolor, reposo, etc.

Las complicaciones más ordinarias de las cataratas.

Catarata y mejor agudeza visual.

La catarata traumática.

La catarata congénita.

Los riesgos de la catarata en los miopes y manera de prevenirlos.

En resumen, todo aquello que mejore la anestesia, el tiempo de reposo, la agudeza visual, la disminución de los riesgos, etc.

El cliente de hoy desea un 100 por 100 de éxito en su intervención, pues habituado, como está, a que esta operación ya no es el prodigio conceptuado así en los primeros tiempos, desea un resultado perfecto. Sin olvidar la psicología especial del enfermo de la catarata. Cuando se le va a operar dice que se contentará con ver un poquito nada más. La operación tiene lugar con éxito y el enfermo en la mayoría de los casos queda en descontento. Yo demoré mucho para entender este fenómeno y fue necesario que, hace algunos años, al encontrarme en una ocasión con el doctor Lombana Barreneche, con ese modo especial de él para fijar ideas, encontrara la clave del problema. Me preguntó que cómo me iba, y

le contesté que me iba bien. Me contradijo diciéndome que nó, que me iba mal. Le supliqué que me explicara por qué razón me iba mal, y me dijo, con ese aire especial, que tenía que irme mal, porque eso de estar recetando anteojos debía ser una calamidad. Que él tenía cuatro pares y que no sabía cuál era peor. Caí en la cuenta de que evidentemente un cristal no era sino una solución aleatoria de un defecto de la refracción, de una presbicia, pero que ciertamente no podía ser la solución perfecta por ser algo rígido el lente, inmodificable, y comprendí que si esto era así en los simples defectos de la refracción, tanto más debía ocurrir en los operados de la catarata a quienes, con su cristalino se les ha suprimido el órgano de la acomodación. Sería necesario un cristal que se acercara o se alejara del ojo, según la distancia del objeto que se estuviera observando.

Es muy lamentable que el Servicio no pueda presentarles nada nuevo en materia de la Catarata. Pero nuestras condiciones de trabajo son muy defectuosas.

Estamos operando con el mismo instrumental de hace 25 años. No disponemos de un alumbrado adecuado, instalado en forma permanente. No tenemos un erisifaco de Barraquer ni ninguna de las novedades que serían envidiables. Nuestra clientela hospitalaria es incomprensiva, poco inteligente durante las operaciones, de una miseria fisiológica desesperante y no podemos escoger los casos teniendo que operar casos malísimos, casos malos, casos regulares, casos buenos, es decir, todas las gamas de enfermos, desde el poco envidiable hasta el que es aceptable.

Yo creo que un Servicio Hospitalario para nuestra especialidad debe ser un Servicio aséptico, silencioso. Con un piso que no sea frío y que no sea duro. Un Servicio tibio. Un Servicio con luz adecuada que no irrite los ojos y un Servicio construido especialmente para su uso con sus consultas cerca y en que se consulte mucho el kilometraje para las Hermanas y las enfermeras. Nuestro Servicio no reúne estas condiciones. Es frío, ruidoso, adaptado para sus necesidades y no es un Servicio aséptico. En él se hospitalizan con frecuencia enfermos francamente infectantes y hasta tuberculosos. Algunas infecciones que hemos tenido no es imposible que sean erisipelatosos venidos de fuera los que las hayan suministrado. Lo único que tiene verdaderamente agradable es que es aseado, gracias al esfuerzo de las Hermanas y de las enfermeras, y que el personal que lo atiende, desde el Profesor hasta el interno, vive en grandísima armonía, y por esta razón consigno aquí mis fervientes agradecimientos a todos mis colaboradores por el esfuerzo que realizan.

En este programa de reformas del Servicio quiero anotar que ya tenemos los vidrios de las ventanas en color verde, habiendo repercutido esta innovación de manera muy favorable sobre los ojos de los enfermos

y hasta para dar una sensación de reposo. Quiero dar las expresivas gracias al señor Rector, porque, debido a su intervención, la Beneficencia pidió un electro-imán gigante que será un servicio público que todos podrán usar de manera gratuita y que ya lo tenemos en su instalación adecuada, y por el pedido de un aparato de bronco-esofagoscopia que está para llegar.

La estadística que yo instalé hace unos años, cuando era Jefe de Clínica, no la continuaron posteriormente. Solamente existe la del Consultorio Externo debidamente llevada y que va ya para 40.000 observaciones. Nuestra estadística de la sala apenas tiene un mes de haberse reanudado en una forma correcta y esta es una de las razones por las cuales no puede hoy el Profesor presentar números y comparaciones que son los últimos en decidir sobre la bondad de los sistemas, de las modificaciones, etc.

El esfuerzo del Servicio en materia de catarata se ha concretado a un buen estudio y preparación preliminar del enfermo, detalles de esterilización. Cada operación tiene dentro de una cajita todo el material de curación que se va a usar. Como preparación previa del enfermo, el uso del argirol o del sulfato de zinc en instilaciones oculares, cuando hay una conjuntivitis previa que es necesario tratar, pero si la conjuntiva está limpia, preferimos no usar ninguna instilación, en el convencimiento de que es preferible dejar en reposo los gérmenes habituales de toda conjuntiva, pues, como decía el Profesor Lagrange, al cirujano de los ojos le toca operar dentro de una verdadera alcantarilla. Preparamos las vías lacrimales cuando no son satisfactorias, ectropiones, pterigios, etc., pero hemos podido ya observar que el enfermo más feliz en las intervenciones es aquel que menos manipulaciones ha sufrido. No usamos el vendaje de prueba porque pensamos que muy pocos enfermos pueden sufrir esta prueba satisfactoriamente, porque hay autores que opinan que esa oclusión previa puede exaltar gérmenes en muy mal momento y porque a un enfermo que va a estar vendado varios días es un poco cruel alargarle esta molestia instalándola desde la víspera de su intervención. El enfermo ha estado debidamente estudiado respecto a la conveniencia de operar el ojo, con la advertencia que el servicio tiene que sufrir sus clientes sin poderlos seleccionar, que siendo enfermos que muchas veces vienen de muy lejos, es necesario, cuando las cataratas son binoculares, operarlos con cataratas hipomaduras. Se hace un estudio del estado general del enfermo, exámenes de orina, Wassermann de la sangre, azohemia, glicemia, si están indicadas, tensión arterial, estudio de circulación, pulmones, interrogarlos sobre el funcionamiento del aparato urinario, despistar, en cuanto sea posible, el foco séptico cercano o lejano al sitio de la intervención, etc. Observar en cuanto es posible

el estado mental, entrenarlo previamente a su intervención, advirtiéndolo lo que de ella pueden esperar, etc. Y en muchas ocasiones tener que operar con un estado general o local poco satisfactorio o que no se ha mejorado a pesar de los tratamientos previos, como ocurre muchas veces con afecciones demasiado crónicas y antiguas de la piel de la cara.

La víspera de la intervención se le da al enfermo un purgante salino que, como es sabido, tiene la ventaja de constipar por unos días al enfermo y no tenemos la costumbre de la morfina ni de ningún calmante anterior a la intervención, porque no se sabe cómo reaccionen los pacientes y en muchos casos podrían producir vómito.

El enfermo se opera o en ayunas o con un desayuno muy ligero. Ya sobre el carrito de enfermo, para no multiplicar los traslados posteriormente, y sobre el cual se opera, se le hacen las menos manipulaciones posibles, dos gotas de cocaína al 5 por 100 con adrenalina antes de limpiar la cara con alcohol, que se deja secar para que fije los gérmenes posibles de la piel. No nos gusta el jabonado de la cara porque pensamos que lejos de limpiar la piel puede exaltar gérmenes o superficializar otros más profundos. Solamente se hace una dilatación previa con homatropina o con atropina si se va a usar un procedimiento diferente de la operación clásica, que es la que usamos corrientemente. Nos gusta la extracción combinada a la iridectomía por diferentes razones. En cataratas no satisfactoriamente maduras tiene la ventaja de una toilette más fácil, pero al practicar esta toilette recordamos siempre que el ojo que menos se toca, el que menos se refriega será el mejor posteriormente, y que más vale unas masitas que se escapan y que pueden reabsorberse o una cápsula que en algún sitio permita la visión que esos ojos meticulosamente cuchareados y que se irritan después, algunas veces hasta con reacciones iridianas o ciliares que producen exudados que afectan más la visión que una cápsula delgada no inflamatoria. En esta toilette de las masas, preferimos hacerla con el aspirador de Lapersonne, menos traumatizante que la cuchara y la espátula.

No nos gusta la iridectomía previa sino en aquellos casos especiales en que es necesario tener mucho cuidado, sea porque el enfermo no tiene sino un solo ojo, o porque ha habido un desastre anterior. No podría usarse sistemáticamente, aun convencidos, como estamos de que la iridectomía previa facilita y simplifica de manera muy apreciable la segunda intervención, porque alarga de manera poco conveniente para el servicio, en donde es necesario una activa rotación de los enfermos, los tiempos de hospitalización, y porque, en casos en que no esté muy indicada, no deja de ser un riesgo más a que se somete el enfermo.

La extracción simple casi la tenemos abandonada, por elegante que sea, y aunque deja estética muy apreciable y el uso del esfínter iridia-

no como diafragma, porque nuestra clientela hospitalaria es muy especial. Cuando la practicábamos eran muy frecuentes las hernias del iris que requerían una segunda intervención. Hay que pensar que nuestros enfermos pertenecen a una clase social sin ninguna ilustración, que son viejos y, por consiguiente, tercios, y que para que cumplan el reposo que, he podido convencerme, en esta clientela hospitalaria es relativo, sería tenerles al lado un enfermero o cuidandero en permanencia. No es excepcional que un enfermo se levante para cumplir una necesidad corporal para la cual no ha llamado, o porque, necios como son, quieren traer algún objeto, como el caso de aquella viejecita con su único ojo, correctamente operado, y que se levantó en la noche para traer del cuarto de la ropa una tacita que había traído al Hospital y que deseaba tener consigo.

Se han hecho algunos ensayos para practicar la sutura en la catarata, pero con excepción de los casos en que esté estrictamente indicada encuentro que tiene el inconveniente de la quitada de los puntos de sutura posteriormente, cuando no se han caído espontáneamente.

En este orden de ideas de dejar el globo cerrado, nos tiene encantados la operación con el puente conjuntival del Profesor Terrien. Tiene ventajas grandísimas. El reposo puede ser menos estricto. Es una delicia el final de la intervención en que el enfermo está a cubierto de sus torpezas, presiones sobre el blefaróstato, enganche del colgajo sobre el blefaróstato e inversión del colgajo, etc. El cirujano opera con gran tranquilidad. Además, cuando se quita el vendaje definitivamente, al octavo y aun al séptimo día, la cicatrización está avanzadísima. Deja una estética del colgajo tan bonita, que en ocasiones no se sabe por dónde se hizo el corte. En una palabra, menores riesgos para el enfermo, cicatrización más rápida, tiempo de hospitalización más corto. Los inconvenientes que puede tener son el entrenamiento que debe tener el cirujano para practicar correctamente el puente y que en ocasiones la salida de un cristalino demasiado voluminoso exige que el ayudante levante el puente con un ganchito para facilitar la extracción. La anestesia corrientemente usada en el servicio es la cocaína en instilaciones, puesta personalmente por el cirujano para calcular el momento preciso en que el ojo está suficientemente anestesiado antes de estar demasiado blando, o el colapso, cosa no imposible en los enfermos muy viejos, en susceptibilidades especiales o en cataratas patológicas. Algunas veces este demasiado ablandamiento del ojo lo buscamos cuando hay temores de un ojo tenso, en las operaciones de luxaciones del cristalino y en las cataratas miópicas. Este resultado se obtiene por medio de la infiltración retro-bulbar de Novocaína al 2 por 100, la cual también se usa para la kinesiología del párpado. Pero, a pesar de todo, tengo la sensación de que este

asunto de la anestesia en la operación de la catarata todavía no lo tenemos satisfactoriamente resuelto.

La operación capsular también ha sido ensayada especialmente por el Jefe de Clínica, doctor Gaitán, quien ha tenido éxito en algunos de los casos, pero en otros ha tenido que terminar la intervención por el procedimiento clásico.

La curación que se le coloca al enfermo es un apósito binocular sostenido con esparadrapo y defendido por una mascarita de cartón con perforaciones. Hace tiempo que no se usa el vendaje, porque los enfermos mueven la cabeza sobre la almohada y lo corren. No hay que olvidar que el verdadero vendaje y la verdadera curación es el párpado mismo y que la curación no tiene otro objeto sino el de sostener suavemente esta curación natural. Esta curación se quita por primera vez, para ser reemplazada por una curación monocular, tardíamente del 6^o al 8^o día, y si el enfermo está muy bien, cosa que ocurre a menudo, cuando se ha usado el puente conjuntivo, se quita definitivamente, quedando el enfermo en el reposo luminoso del servicio con los vidrios de color verde de las ventanas. No somos partidarios de hacer la primera curación prematuramente muchas veces, ni en casos en que se sospecha que las cosas no andan a satisfacción, porque nada se remediaría, y sí muy a menudo, en un ojo demasiado fresco, se pueden hacer daños al obstinarse el especialista a examinar el ojo que el enfermo nunca abre con docilidad, cosa que ya es menos peligrosa cuando la cicatrización está bien avanzada.

Algunas otras consideraciones podrían ocurrirse, pero observo que me estoy haciendo demasiado largo, por lo cual pido mil perdones a mis benévoloos colegas, que me están escuchando, y que en el entusiasmo natural que origina este apasionante y largo tema de la catarata, he olvidado el papel de simple ponente, que es el que me corresponde.

Pero no quiero terminar sin confesar que en este servicio se pierden ojos operados. Eso tiene que ser así en todas partes. Lo malo sería que eso ocurriera en un porcentaje mayor del debido, y lo malo también es que la estadística general que lleva el hospital usa términos que son inadecuados. En un servicio de medicina o de cirugía general un enfermo puede salir del hospital por muerte, curación, mejoría, o salir en el mismo estado. Esas expresiones corresponden a la realidad y a la verdad, pero usarlas en un servicio como el nuestro, es una mentira grande. Cómo es posible que salga por curación un enfermo de la catarata al cual ha habido necesidad de practicarle la enucleación?, y por consiguiente lo que se entrega a la sociedad es un mutilado?

Tampoco podría presentarles resultados sobre la agudeza visual, porque ocurre un hecho muy triste, y es que estos enfermos no tienen la ma-

yoría de las veces con qué comprar los lentes correctores. Una bella iniciativa del doctor Manuel Antonio Cuéllar Durán, en su efímero paso por este Servicio, en donde dejó una honda huella de afecto, fue la de pedir a la Beneficencia unos lenticitos de 10, 11 y 12 dioptrías. Estos lenticitos, que fueron concedidos cuando él ya no estaba en el Servicio, se han obsequiado parsimoniosamente en los casos más necesarios. Es lástima que no hayan sido para todos.

Si el cirujano de la catarata analiza con frialdad los accidentes y las causas de fracaso, encuentra en muchos casos que él ha sido el directo responsable, o que no ha tenido la habilidad, o la suerte no lo favoreció. Hay otras cosas que ya no son de su dominio: vejez, metabolismos defectuosos, miseria fisiológica.

Si, a pesar de todas las precauciones humanas y aun divinas, el cirujano pierde ojos, o las agudezas visuales dejan qué desear, o se producen posteriormente accidentes, como pueden ser los desprendimientos de la retina, hemorragias, etc., es que no debemos olvidar que la operación de la catarata, no por ser una operación de uso corriente y que hoy no causa admiración, no ha perdido completamente su carácter de milagrosa y de quebrantar, por decir así, las leyes de la naturaleza.

Que esos casos desgraciados sean menores, que obtengamos todos los aquí reunidos mayores éxitos, y que nuestra cirugía colombiana de la catarata progrese, es la más alta finalidad de estas amigables reuniones, de esta primera "Semana de la Catarata".

