

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA EXTRACCIÓN DE LAS CATARATAS Y DESCRIPCIÓN DE UN NUEVO MÉTODO OPERATORIO, POR EL DR. CARLOS J. FINLAY.

Notas manuscritas del autor para su presentación ante la Real Academia de Ciencias Médicas. Físicas y Naturales de la Habana, predecesora fundacional de la Academia de Ciencias de Cuba, en la sesión de la institución celebrada en su sede de la Calle Cuba entre Amargura y Teniente Rey el día 12 de diciembre de 1875.

Sr. Presidente y Sres. Académicos:

Al respecto de cualquier operación quirúrgica puede decirse que el profesor no debe lanzarse al campo de las innovaciones sin motivos muy fundados que justifiquen su apartamiento de la práctica usual, con cuanta más razón deberá aplicar esa máxima a la extracción de las cataratas, cuyo resultado, según sea completo, parcial, o nulo, envuelve tanta suma de felicidad o de infortunio. La diferencia entre las dos primeras categorías de resultados para muchos es tan importante como entre los parciales y los nulos, de manera que no debiéramos contentarnos nunca sino con el método operatorio que en presencia de las circunstancias propias de cada caso promete a la vez que menos riesgos inmediatos para la integridad del ojo, mayores garantías respecto a la perfección del resultado y a su persistencia, más aquí se tropieza con un dilema que tiene aún divididos en dos partidos rivales a los profesores más afamados de Europa y de América. Es el siguiente: si adoptan el método operatorio que menos riesgos inmediatos ofrece para la integridad del órgano, tendrán resultados incompletos y también quedará el ojo operado más expuesto a complicaciones tardías. Si optan por el proceder que produce los resultados más perfectos, deberán contar con una asistencia mucho más laboriosa y expuesta a complicaciones dentro de los primeros días, que pueden prolongar la cicatrización hasta un mes o seis semanas, en que las influencias caquéticas o tendencias a inflamaciones flegmonosas son de mayor trascendencia. Uno y otro método cuentan casi tantas modificaciones en los detalles de su ejecución, como partidarios que abogan por ellos, pero en términos generales puede decirse que los caracteres que los diferencian entre sí son 1º la forma y situación de la incisión por donde ha de salir el cristalino y 2º las condiciones en que se deja el iris y el esfínter de la pupila después de la operación. De ahí que se clasifiquen los métodos en dos categorías: la extracción linear con escisión de un segmento considerable del iris por una parte, y por otra la extracción por colgajo grande o pequeño sin iridectomía. En la primera la incisión es prácticamente linear y penetra en la cámara anterior por su parte más periférica de donde resulta que presenta poca tendencia a entreabrirse espontáneamente y que la interposición de la gran circunferencia del iris haga necesaria la escisión de esta membrana para que la catarata pueda salir. En el otro método la incisión es curvilínea y si bien disminuyendo la altura del colgajo se reduce a un minimum la tendencia a entreabrirse, esta no desaparece completamente mientras la incisión conserva su

forma curva, cuya circunstancia unida a hallarse situada la abertura más próxima al borde pupilar, permite la fácil expulsión de la catarata sin necesidad de cortar el iris.

Cada cual de estas condiciones reúne ventajas e inconvenientes. La incisión linear se cicatriza generalmente con facilidad y prontitud y evita las hernias del iris, aunque no las adherencias de este en la cicatriz - siguen vías anteriores- , más tiene los inconvenientes que siendo periférica como en el método de Graefe viene a ocupar una parte del ojo muy impresionable, cual es la región ciliar, de ahí la mayor tendencia a las ciclitis, irido ciclitis, irido coronitis, crepsalitis, frialitis en el ojo operado, y hasta de oftalmias simpáticas en el otro ojo, según queda consignado por los mismos partidarios del método linear, y también los inconvenientes relativos de hacer imperiosa la iridectomía y más laboriosa la expulsión de la catarata. La incisión curvilínea del método clásico, al contrario, facilita la salida de la catarata y hace innecesaria la escisión del iris, su situación dentro de los límites de la córnea disminuye notablemente los riesgos de despertar las reacciones inflamatorias debidas en el otro método al traumatismo de la región ciliar; más presenta los inconvenientes de que su mayor tendencia a entreabrirse dificulta la perfecta coagulación de los labios de la herida y favorece la producción de hernias del iris que prolongan la cicatrización, obteniéndose esta en primera intención en menos de la mitad de los casos. En ciertas condiciones caquécticas del paciente, se observa también la tendencia a supuración de la córnea, de la cual no están exentas, por cierto, las extracciones por el método linear, pero son más frecuentes cuando la incisión es curvilínea y situada en el limbo de la córnea transparente. La iridectomía tal como lo exige el método de Graefe, es decir escindiendo una cuarta parte del diafragma iridiano desde la pupila hasta cerca de su inserción, podrá en ciertos casos especiales de complicaciones inflamatorias, adherencias del iris, o contracciones rebeldes de la pupila (miosis) podrá, digo, ofrecer ventajas que compensen quizás la deformidad que ella ocasiona en el aspecto del ojo y la imperfección con que luego se ejerce la visión por los círculos de difusión transmitidos por un coloboma tan extenso; pero convencidos los oftalmólogos del día que para los efectos terapéuticos de la iridectomía la escisión de un segmento tan grande del iris es innecesaria, y que la imperfección visual crece rápidamente a medida que el coloboma va extendiéndose más allá del diámetro de una pupila normal, nadie querrá negar que aún en estos casos sería preferible la escisión periférica de un segmento del iris que no pasara de tres o cuatro milímetros de ancho. Otra de las ventajas que los partidarios del método de Graefe reclaman es la de evitar las hernias del iris durante la cicatrización de la herida, lo cual se obtiene con seguridad absoluta suprimiendo con la escisión todas las partes del iris que pudieran presentarse en la herida, más aquí se hace más dudosa la compensación. Resulta pues que si bien el método linear de Graefe ofrece ventajas inmediatas que lo han hecho adoptar en la generalidad de las clínicas oftalmológicas del norte de Europa y América, ventajas más notorias aún en la práctica de institutos de caridad donde la dificultad de procurarse una asistencia esmerada y de retener al paciente muchos días adquieren verdadera importancia; a pesar de ellas la imperfección innegable de los resultados, el número de casos insuficientes y el de los fracasos en los primeros dos años

después de operados, no han permitido aún a los oftalmólogos más eminentes llegar a un acuerdo sobre la cuestión de si es preferible tener algunas pérdidas totales menos y mayor número de curas parciales o si se debe buscar el resultado más perfecto, aun exponiéndose a consignar algunas pérdidas totales más que en el otro método, pero que con mayor esmero en la asistencia y oficio por parte del oculista, pueden aun en este particular equipararse. Así vemos a uno de los especialistas más afamados de París, el Dr. Werkin, después que obtuvo con el método linear resultados inmediatos tan brillantes al parecer que sólo acusaba un 3 % de pérdidas, volver a una modificación del método por colgajo sin iridectomía, muy parecido al que algunos partidarios del antiguo veníamos practicando desde años atrás. Esto sólo puede explicarse suponiendo que el hábil operador de París se habría convencido de que los resultados, o no eran permanentes, o bien que los que figuraban como curados, no tenían una vista suficiente. Esta última suposición viene confirmada además por las noticias estadísticas publicadas recientemente por el Profesor Arlt de Viena en el **Handbuch der Gesamten Augenheilkunde** el cual para justificar con ellas su preferencia por el método linear, se ve precisado como la generalidad de sus partidarios a comprender en la categoría de curados con vista suficiente a todos los que lograron listar los dedos hasta la distancia de 10 pies, o sea $v = 1/20$; con cuya vista no se alcance a leer los tipos comunes de imprenta. Esta pauta sería indudablemente considerada demasiado amplia si se tratara de los resultados satisfactorios obtenidos con la extracción por el método antiguo.

En presencia de esas dudas, sin embargo, quizás en los mismas clínicas yo hubiera seguido el impulso general que indujo a tantos especialistas del Norte de Europa a adoptar el nuevo método de Graefe; pero aquí en la isla de Cuba, en presencia de una luz solar directa y difusa tan intensa que es difícilmente tolerada por los ojos más sanos y más fuertes cuando en el rigor del verano el suelo calizo y las paredes blancas de nuestras casas reverberan sus rayos, hubo de arredrarme la consideración de los graves inconvenientes que en tales condiciones traería el coloboma tan extenso que la nueva operación requería. Por una parte, ocasionaría mayor reacción traumática en la región ciliar bajo la influencia de una luz más intensa cuando esta invadiera partes del ojo destinadas a permanecer abrigadas detrás de la circunferencia del iris, mientras por otra, haría más sensible la imperfección de la vista ocasionada por los círculos de difusión que resultan al suprimirse la $\frac{1}{4}$ parte del diafragma iridiano, porque el efecto de dichos círculos es tanto más perjudicial para la percepción distinta de las imágenes, cuanto más intensa sea la luz, Finalmente aumentarían también los riesgos del deslumbramiento que a veces impide al operado exponerse a la luz del sol. Y a pocas semanas en la clínica del ilustrado Profesor Knaps de Nueva York, encontrándome con el Dr. Desjardins, especialista distinguido de la Ciudad de Montreal y partidario del método de Graefe, tuve la ocasión de oír confirmada de una manera indirecta mi objeción. Pregunté al médico canadiense cómo sus operados podían soportar con un coloboma tan extenso la reverberación de la luz por la nieve que allí es constante durante la mitad del año, a lo cual me contestó que advertía siempre a los operados de cataratas que si querían conservar los

beneficios de la vista que habían obtenido con la operación, se mantuvieran dentro de casa durante todo el invierno.

La misma objeción que en mi concepto milita contra la extracción linear con iridectomía amplia en las clínicas donde la luz es intensa, quizás haya contribuido a que el Mediodía de Europa, España e Italia puedan considerarse como importantes baluartes donde quizás los más distinguidos campeones modernos del método clásico antiguo lo siguen defendiendo con ventaja contra las pretensiones absorbentes del nuevo método linear, pero también me consta que los especialistas italianos partidarios del método antiguo se fundan además en otra observación, la misma que yo tuve ocasión de manifestar a mi ilustre maestro, el Dr. Demain por los años 1861 o 1862 en una consulta escrita que le fue remitida desde aquí, y que es que en las clínicas meridionales parecen ser menos frecuentes que en los países fríos las inflamaciones flegmonosas y las infecciones de la córnea después de la extracción por colgajo.

Fundándome pues en estas consideraciones y en el ejemplo de mi padre, yo había permanecido fiel a la extracción por colgajo pequeño sin iridectomía y cuando la indicación terapéutica de esta última venía a complicar la catarata, solía practicarla de antemano para poderla reducir a sus dimensiones precisas evitando así el coloboma tan extenso de la extracción linear. Mas esta sucesión de dos operaciones distintas me ha parecido perjudicial al éxito en algunos casos y siempre inconveniente para el paciente, de manera que al presentármeme otro ejemplo de cataratas con complicaciones glaucomatosas, miosis y catarro crónico de los bronquios, caso en el que la amistad y el compañerismo se unían para estimular mayor interés en el operador, creí deber buscar un método operatorio que me permitiera llevar en una sola sesión las tres indicaciones siguientes:

1º Practicar una iridectomía periférica, profiláctica del glaucoma y cuyas dimensiones no afectasen sensiblemente la agudeza visual, quizás ya disminuida por antecedentes glaucomatosos.

2º Desbridar la pupila, para que la catarata pudiera atravesarla a pesar de la contracción del esfínter, y sin magullar el iris.

3º Tallar en la córnea un colgajo que no favoreciera las pérdidas de humor vítreo, y que luego quedara en buenas condiciones para cicatrizar en primera intención, sin hernias del iris a pesar de la tos frecuente sostenida por la bronquitis senil.

Con estas aclaraciones creo haber demostrado que se hallaba justificada mi pretensión de buscar un método operatorio diferente de los que están en uso, y cuya insuficiencia para llenar las indicaciones me parecía evidente, y paso a referir la observación del caso que me lo sugirió y el procedimiento con que logré vencer satisfactoriamente todas las dificultades.

A principios del año próximo pasado nuestro amigo y estimado compañero el Dr. Cordovés me consultó acerca de una catarata ya avanzada en el ojo izquierdo y otra incipiente en el derecho. Las particularidades comunes a ambos ojos eran las siguientes. Ojos algo hundidos, córneas pequeñas con gerontoxón –cámaras

anteriores de escasa profundidad –tensión normal –pupilas contraídas hasta 1 ½ milímetros de diámetro –vista la que correspondía al grado de opacidad indicado por iluminación oblicua- Habiéndose prescrito instilaciones de atropina de cinco y de diez centigramos por /30 gramos, apenas se lograba una dilatación de 2 ½ milímetros a 3 milímetros, con lo cual mejoraba notablemente la vista. El estado general del paciente presentaba una bronquitis crónica, una erupción herpética que unas veces invadía el tronco y otras la cara y los párpados, vértigo y abatimiento de ánimo. El Dr. C. siguió presentándose de vez en cuando a mi observación mientras se completaba la catarata del ojo izquierdo más, impaciente de que no se lograra dilatar la pupila de un modo más eficaz, se prescribió a si mismo instilaciones de una solución más fuerte de atropina, repetidas en ambos ojos varias veces al día. Se presentó en el ojo derecho, el de la catarata menos avanzada, un ataque de glaucoma agudo con dolores intensos, pérdida de la vista, dureza del globo ocular e inyección vascular; ataque que después de una corta intermisión obtenida con una paracentesis de la cámara anterior volvió a repetirse al cabo de dos días. Una pequeña iridectomía periférica practicada en la parte superior detuvo inmediatamente la marcha del glaucoma, cesando los dolores y mejorándose la vista de una manera notable, pero se aceleró la marcha de la catarata de ese ojo de manera que al cabo de un par de meses la visión del ojo derecho era menor que la del izquierdo. Achaques en el estado general del paciente, algún estado febril, síntomas de postración, vértigo, la agravación de la bronquitis, una recrudescencia de la erupción herpética en la cara, fueron tantas causas que obligaron sucesivamente a postergar la operación hasta que se logró mejorar la salud del paciente y llegado el caso opiné que debía operarse el ojo izquierdo por considerarlo en mejores condiciones, no habiendo experimentado aún ningún ataque manifiesto de glaucoma agudo, si bien debía tenerse por amenazado. Aquí se presentaba pues muy evidente la indicación de una iridectomía profiláctica, pero se debía tener presente la circunstancia de que un coloboma extenso del iris era tanto más de evitarse.

Cuento que las partes internas del ojo, habituadas desde largo tiempo a la contracción pupilar que constituye el estado de miosis se mostrarían sin duda más impresionables a la acción directa de los rayos luminosos. Habiéndome manifestado el paciente que había sido reconocido accidentalmente por nuestro estimado colega el Dr. Santos Fernández, el cual opinaba que debía operarse el ojo derecho con preferencia, me apresuré a citarlo a junta para el día 26 de julio y una vez enterado de los antecedentes del caso y convencido con las razones que yo le expuse, el Dr. Santos Fernández se brindó amistosamente a asistirme en la operación del ojo izquierdo, cualquiera que fuera el método que yo determinara adoptar. El paciente fue sometido a un tratamiento con el fin de mejorar en lo posible el catarro de los bronquios y se fijó el día 8 de agosto para la operación. Durante este intervalo concebí la idea de practicar en una sola sesión una iridectomía pequeña independiente y una extracción por colgajo pequeño central como el que recomienda Lebrun en el método belga, y para cerciorarme de la realidad del principio de mecánica fisiológica en el que me fundaba para considerar practicable esa doble operación, el día 30 de julio la lleve a efecto en el cadáver en presencia de mi joven amigo y compañero el Dr. Dies, demostrando

que después de practicada una primera incisión periférica pequeña en la parte superior, no ofrece dificultad penetrar de nuevo con otra punción en la córnea en su mayor diámetro horizontal sin herir el iris ni con la punta, ni con el filo del cuchillo. La facilidad con que pueden llevarse a efecto estas dos incisiones sucesivas no ha sido jamás aprovechada en la oculística y es lo que da mayor importancia práctica a la originalidad del método.

La operación se practicó el día 8 de agosto en casa del Dr. Cordovés, en presencia de nuestro colega el Dr. Santos Fernández, y de los Doctores Cordovés (hijo), Dies, Núñez, y de varios parientes, deudos y amigos de la familia del paciente. Este ocupaba la silla de operación modelo del Dr. Knaps, el Dr. Santos Fernández mantenía el párpado inferior, y yo en frente del paciente con la mano izquierda mantenía las pinzas de fijar el ojo y con la derecha armada de un cuchillo linear de Graefe practique el primer tiempo de la operación.

1er tiempo. Punción y contra punción a unos dos milímetros del meridiano vertical del ojo y a un milímetro detrás del borde transparente de la córnea, -- uniéndose para formar una incisión horizontal de 4 milímetros de largo – el iris no hizo hernia, pero la deformación de la pupila hacia arriba demostró que se había efectuado el enclavamiento, habiéndose preservado la cámara anterior se procedió en seguida al segundo tiempo.

2do tiempo. Sin quitar las pinzas de fijar y con el mismo cuchillo de Graefe volví a penetrar en la cámara anterior por el extremo temporal del diámetro transversal de la córnea y atravesando hasta la cámara sin herir el iris hice la contra punción en el extremo opuesto del mismo diámetro. – entonces con algunos movimientos del filo ensanché hasta 4 milímetros la punción y la contra punción y retiré el cuchillo dejando entre los extremos de estas dos últimas incisiones un puente de córnea como de 4 milímetros de ancho.

En este momento la córnea presentaba tres soluciones de continuidad, una periférica superior y otras dos (temporal y nasal) situadas en un plano más anterior y dirigidas una hacia la otra como para formar un colgajo mediano de unos tres milímetros de altura y cuyo borde superior quedaría dos milímetros más debajo de la incisión periférica superior.

Quitando entonces las pinzas de fijar pasé al tercer tiempo.

3er tiempo. Por la abertura periférica superior introduje un gancho romo y con el atraje el segmento superior del iris. El Dr. Santos con las tijeras curvas cortó toda la parte herniada, quedando un coloboma vertical de unos 3 milímetros de ancho.

4to tiempo. Por la misma incisión, para no magullar los bordes del colgajo central, introduje un quistítomo especial con el cual se desgarró la cápsula de abajo hacia arriba.

5to tiempo. Faltaba dividir el puente de córnea y completar el colgajo central, para lo cual se introdujo un cuchillo romo por la incisión temporal, de manera que saliese por la nasal y con algunos movimientos del filo se reunieron en una sola incisión central.

6to tiempo. Por medio de una presión suave, se expulsó la catarata entera y con alguna fricción la pequeña parte cortical que la acompañaba. La pupila quedó central con un coloboma vertical de tres a cuatro milímetros de ancho. La coagulación de la incisión era espontánea y el paciente se manifestó satisfecho diciendo que había visto los dedos de la mano.

A pesar de achaques en el estado general del paciente durante los primeros días que siguieron la operación, el ojo operado no experimentó ninguna reacción inflamatoria, ni dolor. La bronquitis crónica agravada el día de la operación hizo muy frecuente la tos y en la tarde del segundo día el pulso del paciente, habitualmente frecuente e irregular, se aceleró a la par que subía la temperatura hasta constituir un acceso febril que vino acompañado de sub delirio y palpitación y dolores en las articulaciones y en la cintura, como en otros accesos de fiebre efímera que había padecido anteriormente, pero no hubo cefalalgia, ni el ojo operado se resintió en lo más mínimo. Se le suministraron los sudoríferos, una dosis de Calomel, Bromuro de Potasio, y un purgante de Aceite de Ricino, y habiendo cesado la fiebre a las 24 horas, a la mañana del cuarto día examiné el ojo. Los párpados estaban naturales, sin edema, ni rubicundez. La conjuntiva un poco edematosa en la parte inferior en el punto donde había sido comprimida por las pinzas de fijar, pero con poca vascularización. La córnea estaba transparente y los bordes del colgajo en completa coaptación. El paciente en la media luz del cuarto dijo que distinguía las facciones. No habiéndose presentado accidente alguno, la cicatrización se hizo por primera intención y cuando a los 8 días el paciente pudo ser examinado a la luz del día el estado del ojo operado era el siguiente. Conjuntiva apenas inyectada, cicatrización de la incisión central completa y en su mayor parte transparente, notándose solo una ligera estría nebulosa en la parte correspondiente al puente dividido al completar el colgajo. La pupila parecía casi central porque el coloboma vertical de 2 ½ a 3 mm de ancho si bien por iluminación oblicua se le veía extenderse hasta la inserción periférica del iris, de frente se hallaba en parte cubierto por el arco senil de la córnea y no ocasionaba deformidad alguna en el aspecto del ojo. En el campo pupilar se veían sin embargo algunos restos de la cápsula que estorbaban aún la visión. Para remediar a este último inconveniente, al cabo de los 20 días, cuando ya el paciente pudo venir a mi gabinete de consultas practique una primera división simple con una aguja recta, con lo cual pudo leer inmediatamente caracteres de imprenta del número 4. Habiéndome ausentado entonces de la Habana no volví a ver a mi operado hasta el mes de Noviembre, en que creí deber dividir con la aguja algunos restos de la cápsula que aún se presentaban en el campo pupilar. La vista alcanzada por nuestro amigo y compañero el Dr. Cordovés es completamente satisfactoria pues con los vidrios correspondientes y con la corrección del astigmatismo lee los caracteres del tipo N° 2 de Snellen o Girard Fenton a corta distancia (10") y del N° 30 a diez pies de distancia y puede salir a la luz del día sin incomodidad alguna. Este resultado sería considerado como completo en cualquier caso, más la presencia de las complicaciones locales y generales del operado pueden citarse como verdaderamente excepcional. El éxito de esta operación, pues, es la sanción práctica de un nuevo método operatorio para el cual se hallan enlazadas dos importantes operaciones, la iridectomía y la

extracción de la catarata de manera que el operador queda dueño de modificar a su antojo cualquiera de las dos sin que la ejecución de una estorbe la de la otra. Las ventajas que presenta a partir de las que son propias del colgajo definitivo que viene a resultar el mismo recomendado por Lebrun (Véanse los Anales de Oculística, T LXXI p. 22) son los siguientes.

1º Las tres incisiones que resultan al terminar el segundo tiempo de la operación miden cada una sólo de 4 a 5 milímetros de extensión haciendo imposible el escape prematuro del humor vítreo aún en el caso que este estuviese líquido.

2º Si cualquier movimiento del paciente, su indocilidad, o algún accidente imprevisto llegaran a ocasionar la salida del humor acuoso al practicar la incisión periférica superior; quedan al operador dos recursos. 1º aguardar algunos instantes hasta que el humor acuoso vuelva a acumularse en la cámara anterior, lo cual sucederá generalmente con bastante prontitud porque la pérdida no llega nunca a ser considerable. 2º Si el estado general del enfermo, su resistencia u otras causas accidentales obligan a postergar la extracción de la catarata para otra sesión, el operador practicará la iridectomía de 3 milímetros si el iris se ha presentado ya en la incisión, o en el caso contrario quedará a su elección escindirlo, o dejar el ojo en las condiciones de una simple paracentesis de la córnea, y aquí debo advertir que en un instituto oftalmológico que visité en Filadelfia en el Octubre pasado se me ha asegurado que se viene practicando con buen éxito una iridectomía preparatoria con el objeto de asegurar los resultados de la operación por el método de Lebrun.

3º Otra ventaja es que practicándose la quististomía por la incisión periférica se evita el magullamiento de los bordes de la herida central cuya cicatrización por primera intención tanto influye en el resultado definitivo de la operación.

4º La hendidura vertical del tabique iridiano facilita la rotación del cristalino y su paso al través de la pupila evitándose en gran parte el roce de la catarata contra el iris y la contusión de esta membrana.

5º La iridectomía que proporciona estas ventajas reúne además las de llenar las indicaciones terapéuticas de la escisión periférica del iris, disminuyendo la tensión ocular y de no afectar sensiblemente la agudeza visual porque el coloboma vertical que resulta no pasa de unos 3 mm de ancho.

6º La hendidura del iris permite que la presión hidrostática en el interior del ojo se reparta con igualdad sobre ambos labios de la herida central, con lo cual se posibilita la coaptación a cuyo fin contribuye también la incisión periférica superior mientras permanece abierta obrando a manera de una válvula por donde rebosara el humor acuoso cuando un golpe de tos u otra causa tiende a aumentar la tensión en la cámara anterior.

7º Las hernias del iris quedan evitadas por las mismas condiciones que favorecen la buena coaptación de los labios del colgajo y además como garantía contra el enclavamiento en la herida central mencionaré la retracción del iris hacia los ángulos de la incisión periférica situada en un plano más posterior al del colgajo central por cuyo efecto el tabique iridiano tendrá menos tendencia a aplicarse contra la cara posterior de la córnea.

La facilidad con que pude llevar a cabo esta operación sin apartarme en lo más mínimo del programa que me había trazado de antemano me lo hacen juzgar susceptible de una aplicación más amplia con lo cual podrán quizás salvarse muchas de las objeciones que he citado contra el método clásico de David y contra el linear de Graefe.

A la experiencia corresponde determinar si el nuevo procedimiento posee todas las cualidades que yo me inclino a atribuirle; ella dirá si al lado de los métodos francés, inglés, alemán y belga, el nuevo proceder operatorio, nacido de las exigencias especiales de nuestro clima, merece que se le mencione como el método cubano, mas desde ahora queda demostrado su carácter práctico y con el buen éxito obtenido en nuestro amigo y compañero el Dr. Cordovés, podemos apreciar los excelentes resultados que de él pueden esperarse, aún en casos que se presentan rodeados de grandes complicaciones.

Colaboración de
Lic. Sergio de J. Jorge Pastrana
Director General
Academia de Ciencias de Cuba
pastrana@ceniai.inf.cu

Transcripción realizada, por Sergio de J. Jorge Pastrana, de un conjunto original de notas manuscrito a tinta sobre papel por Carlos J. Finlay en 1875.