

~~3-6-2-3~~



TRATADO
DE
OPERATORIA QUIRÚRGICA.





BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



0700677449

TRATADO DE OPERATORIA QUIRÚRGICA

POR EL DOCTOR

D. ANTONIO MORALES PEREZ,

Catedrático de número (por unanimidad de votos en la oposicion)
de Anatomía quirúrgica, Operaciones, Apósitos y Vendajes, de la Facultad de Medicina de Barcelona; ex-Alumno
interno, por oposicion, de la Facultad de Granada; ex-primero Ayudante médico,
por oposicion, del ejército de Cuba; y de el de la Península, mediante nuevas oposiciones,
antiguo Cirujano, por oposicion, del hospital de la Princesa de Madrid, y de el de Jesus
Nazareno de la misma capital; condecorado con la Cruz roja del Mérito Militar y medalla de la
campaña de Cuba; Socio de varias corporaciones científicas.

CON UN PRÓLOGO

del Excmo. Sr.

D. JUAN CREUS Y MANSO,

Catedrático de número, por oposicion, de la asignatura de
Clínica quirúrgica de la Universidad Central; ex-Senador del Reino; Académico de la Real de Medicina de Madrid
Socio de varias corporaciones científicas y Autor de varias obras de Cirugía.

ILUSTRADO CON NUMEROSOS GRABADOS.



Biblioteca Prov^{al} Univ^{ria}
MEDICINA

BARCELONA
TOMO SEGUNDO.



Biblioteca Prov^{al} Univ^{ria}
MEDICINA

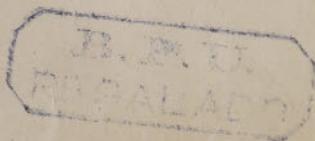
BARCELONA

BARCELONA.

ESTABLECIMIENTO TIPOGRAFICO DE LOS SUCESORES DE RAMIREZ Y C.^a

Pasaje de Escudillers, núm. 4.

1882.



R.179.889

TRATADO
OPERATORIA QUÍMICA

SEGUNDA PARTE

SECCION PRIMERA

Esta obra es propiedad de los Editores, quienes se reservan los derechos inherentes á la misma.

TRATADO DE OPERATORIA QUIRÚRGICA

SEGUNDA PARTE.

SECCION PRIMERA.

OPERACIONES ESPECIALES SOBRE ÓRGANOS Y APARATOS.

LECCION LVIII.

CIRUGIA OCULAR.

Consideraciones generales sobre la práctica de la Cirugía ocular. — Condiciones de los medios necesarios para los reconocimientos y operaciones que se ejecutan en el aparato visual. — ¿Qué conceptos merece la anestesia en sus aplicaciones a la Oftalmología? — Indicaciones especiales que pueden cumplir los anestésicos. — La antisépsis en la Cirugía ocular.

A medida que el estudio quirúrgico fué tomando mayor incremento en sus aplicaciones, se fueron bosquejando las especialidades hasta llegar á adquirir en nuestros dias límites propios é independientes.

La gran extension de la materia nos obliga, en una Obra de las condiciones de la nuestra, á concretar en los capitulos que dedicaremos á el estudio de las especialidades, los muchos materiales científicos que son peculiares á la misma. Mas no por ello hemos de sacrificar lo que nos parezca de interés y de importancia científica.

La práctica de la Cirugía ocular supera en ventajas á las demás especialidades, porque siendo los afectos del aparato visual más frecuentes en sus manifestaciones, que los que aparecen en los demás órganos y aparatos, ha podido llamar para su estudio mayor

número de inteligencias; las cuales, distribuyéndose el trabajo, han hecho progresar considerablemente á esta parte de la Cirugía, hasta el punto, que en nuestra época se han resuelto la mayor parte de los problemas que se habian planteado sin fruto por nuestros antepasados.

Tiene la práctica de la Cirugía ocular otras ventajas que no queremos dejar sin indicarlas, porque ellas han sido un poderoso aliciente, para que multitud de profesores se hayan dedicado á esta importante especialidad. Consisten aquellas, en que las operaciones quirúrgicas que recaen sobre el aparato de la vision tienen un grado de exactitud tal que pudiéramos llamarlas, sin temor de equivocarnos, *operaciones matemáticas*; en las cuales todo está previsto, respecto á los principales tiempos operatorios, quedando estos sujetos á reglas fijas y muy poco á lo accidental y á lo imprevisto. Por otra parte, los efectos de las operaciones aparecen casi siempre de una manera inmediata, mostrándose la intervencion del operador de un modo directo.

Otra de las condiciones ventajosas que lleva en sí la práctica de la *especialidad*, es la que se refiere á los éxitos, porque estos en su mayoría son favorables á el objeto que el cirujano se propone; y en el caso de no conseguirlo, no llegan á producir la muerte de los operados, que es lo que más puede comprometer el crédito del práctico.

En tanto que las operaciones que en la vejiga se practican pueden dar por resultado la muerte de los enfermos, lo mismo que acontece en operaciones quirúrgicas de otro género, las que recaen sobre el aparato ocular producen rara vez tan funesta consecuencia.

La índole de las operaciones es otro motivo más para realzar la importancia que tiene la Cirugía del aparato visual.

Pongamos varios ejemplos, porque ellos vendrán á comprobar lo que venimos manifestando: se trata de un individuo que, con motivo de una catarata, ha perdido la vision; si á dicho paciente se le opera y se le dá vista, el éxito no puede ser más evidente, y el operado y su familia aprecian la intervencion del cirujano de un modo más inmediato. Si, por casualidad, la operacion no dá el resultado que se busca, el individuo queda, *respecto á la vision*, en el mismo estado que ántes se encontraba. Y como de cien cataratas que se operen, tan sólo (por lo que dan de sí las observaciones) en

cuatro ó cinco resultan malos éxitos, es un motivo para que muchos profesores hayan dedicado sus estudios á esta especialidad. ¿Cómo ha de compararse lo que sucede en las demás ramas de la Cirugía? Un operador practica una amputacion y el enfermo corre el gravísimo riesgo de perder la vida; pero aunque la salve, queda el operado con la pérdida de un miembro. Y ménos mal en estas grandes maniobras quirúrgicas, donde es más fácil apreciar por el *vulgo* la gravedad de las mismas; pues existen otras, que siendo peligrosas, creen los *profanos* que los resultados siempre han de ser favorables (1).

Sin que tengamos que extendernos en amplias consideraciones, y sin que sea necesario descender hasta los más pequeños detalles, creemos ver tajoso para nuestros lectores, el que hagamos todas aquellas indicaciones que, referentes á operaciones preliminares, auxilién á el oculista en la aplicacion del método ó procedimiento quirúrgico más indicado.

El Dr. Delgado Jugo jamás verificaba una operacion sin que ántes se hiciese un exámen muy detenido sobre el estado del aparato visual. Para este objeto habia montado, en el Instituto oftálmico de Madrid, una habitacion para los reconocimientos, la cual estaba perfectamente acondicionada para el uso á que se la destinaba.

Cinco departamentos principales debe tener un establecimiento dedicado á esta especialidad: 1.º, sala para el exámen visual; 2.º, departamento para las curaciones; 3.º, anfiteatro para operar; 4.º, salas de enfermos (de uno y otro sexo) con operados sin accidentes *contagiosos*; 5.º, departamentos para los individuos que, á consecuencia de operaciones, se les haya presentado alguna complicacion, por la cual deban permanecer aislados.

En la primera sala (toda ella revestida de negro) habrá sus re-

(1) No era de este modo de pensar un oculista, amigo nuestro, el cual manifestaba, que como la falta de éxito en las operaciones de ojos, *eran tan duraderas como el individuo* (pues éstas no producen la muerte sinó poquisimas veces), el paciente venia á constituirse en una *constante protesta viviente*.

Otro oculista manifestaba ideas muy afines á las anteriores, cuando en presencia de un enfermo, que padeciendo catarata doble, habia sufrido las dos operaciones (mediando un intervalo de varios meses) y en una habia dado un resultado fatal, mientras que en la otra muy favorable, decia el *satirico especialista* — dirigiéndose á sus alumnos—este operado lleva en un ojo un *temible epitafio*, y en el otro un *terrible epigrama*... ¡las dos operaciones habian sido hechas por distintos cirujanos!

flectores de gas, luz Drumont, etc., y *caractères* para graduar la agudeza visual y la sensibilidad diferencial de la coloracion; así como todos los oftalmoscopios necesarios para el exámen de los ojos y aparatos y medios para medir y graduar la sensibilidad retiniana.

Cuando el enfermo aqueje su dolencia sobre la cara conjuntival de los párpados, hay que invertirlos para examinar la cara mucosa de los mismos, los repliegues, vascularizacion, etc. Esta operacion, aunque parece sencilla, se hace difícil y molesta, cuando no se tiene mucho *hábito* en verificarla, y el párpado se contrae espasmódicamente por el contacto de los dedos del operador.

Cuando dicho exámen no se hace con ligereza y evitando los rozamientos molestos, empieza el ojo á lagrimear, se inyectan las conjuntivas, y una operacion sin importancia alguna pone en duda, ante el enfermo, la pericia y conocimientos del cirujano.

Para efectuar la inversion del párpado se recomienda á el paciente que no verifique contraccion alguna; se coje con suavidad el borde libre del párpado y se tira directamente hácia abajo, de una manera gradual; y cuando el borde superior del cartilago tarso llega al nivel de la parte más convexa de la córnea se aplica á la cara cutánea palpebral un lápiz ó el mango prismático de cualquier instrumento pequeño de los que en Cirugía ocular se emplean, y, tomándolo como punto de apoyo, se invierte en un solo tiempo, quedando al descubierto la cara mucosa palpebral.

Para el exámen del globo del ojo se usa la iluminacion lateral, el oftalmoscopio y los medios para probar el estado de la sensibilidad retiniana. La primera se verifica, colocando una luz, cuyos rayos luminosos se dirijan oblicuamente sobre el globo ocular. Por este medio se pueden apreciar, exactamente, las alteraciones que se encuentran en la córnea, cámara anterior del ojo, iris y cristaloideas anterior.

En cuanto al oftalmoscopio, se han inventado numerosos aparatos de todas clases y sistemas, cuyo estudio es más propio de las Obras especiales que no de nuestro Tratado; pero como quiera que el cirujano ha de valerse del exámen oftalmoscópico ántes de llevar á cabo ciertas operaciones, expondremos, siquiera sumariamente, la descripcion del más usual y manejable, su teoría y manera de emplear el instrumento.

El enfermo que se ha de sujetar á la inspeccion oftalmoscópica

se le instilarán—siempre que no haya determinadas contra-indicaciones—unas cuantas gotas de la disolucion de atropina con el objeto de que, dilatándose la pupila, se pueda examinar mejor y en mayor extension el fondo del ojo.

El oftalmoscopio que se puede emplear con más facilidad es el de Liebreich, cuyo instrumento consiste en un espejo redondeado, perforado por el centro, para que pueda mirar el observador, y cuya superficie de reflexion tenga su foco á 30 centímetros de distancia.

Este espejo vá montado en un mango que sostiene el oculista. Además debe haber dos lentes: una convexa, y otra cóncava para apreciar la imágen invertida y la directa de la retina. Estas lentes se colocan á mayor ó menor distancia del ojo del enfermo, y deben ser sostenidas por la mano izquierda del observador ó de un aparato especial de sustentacion (como tienen algunos oftalmoscopios) hasta graduar la distancia y encontrar el verdadero foco.

La manera como se practican los reconocimientos es la siguiente: se coloca el enfermo sentado en un sillón con respaldo para que pueda sostener la cabeza. Esta, es conveniente que tome tambien punto de apoyo en un sustentáculo puesto sobre una mesa, en el cual apoyará el menton. Algunos oftalmoscopios fijos lleva la parte del aparato que hemos indicado, formando parte del instrumento con el nombre de *mentonera*.

Preparado así el enfermo, se pone sobre la mesa, ó se hace venir desde más léjos, un haz luminoso que refleje directamente

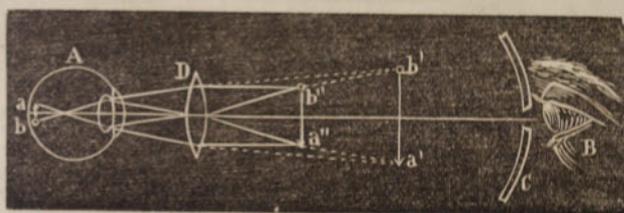


Fig. 236. Teoría del oftalmoscopio.—Exámen de la imágen invertida mediante la lente biconvexa D.

sobre el espejo del oftalmoscopio; y para evitar la difusion de la luz se aplica una pantalla negra para que la cabeza del observado no reciba más rayos que los que se reflejan sobre el espejo que hemos indicado. Estos llegan sobre el globo ocular del enfermo, y reflejándose sobre su retina pintan la imágen da esta á una distancia que, por medio de una lente cóncava ó convexa, puede

enfocarse muy bien de una manera directa ó invertida que el observador podrá apreciar perfectamente.

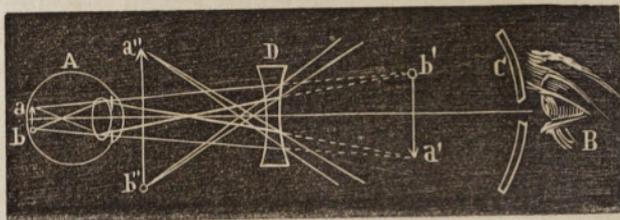


Fig. 237. Exámen oftalmoscópico para apreciar la imágen de la retina, mediante la lente bi-cóncava D.

Una vez que se haya percibido la imágen de la retina del paciente, para evitar el reflejo central de su córnea, que puede dificultar algun tanto el exámen, es conveniente que el observador dé



Fig. 238. Reconocimiento de un enfermo con el oftalmoscopio móvil de Liebreich.

un ligero movimiento de rotacion á la lente, colocada por delante del globo del ojo de la persona que se examina.

En la inspeccion oftalmoscópica debe el cirujano tomar un punto de guia, y éste debe ser la papila óptica, que se presenta bajo la forma de un disco blanquecino, de contornos más ó menos marcados, viéndose la direccion de las venas y arterias centrales de la retina.

Hemos expuesto el oftalmoscopio más sencillo, pues el de Follin, Coccius, Galezowski y otra multitud que existen son más

complicados, aunque más perfectos, pero cuyo estudio nos hubiera hecho rebasar los límites que nos hemos querido trazar en esta lección.

Con el objeto de que los alumnos se ejerciten en el manejo del oftalmoscopio, ha ideado Perrin un ojo artificial con tres pupilas de diferentes dimensiones, y á el cual se pueden aplicar numerosas retinas que representan otras tantas retinitis y el estado normal de dicha membrana. Con los ejercicios que deben practicarse en dicho aparato, el alumno se acostumbra á esta clase de reconocimientos y puede diagnosticar con exactitud.

Es conveniente asimismo saber el estado de sensibilidad de la retina, porque si esta membrana carece de dicha propiedad, la mayor parte de las operaciones que sobre el globo del ojo se practican no tienen razón de ser. Uno de los medios para comprobar si es sensible la retina son los *fosfenos*, los cuales se provocan haciendo cerrar el ojo y compriéndolo en distintos puntos para ver si en el enfermo se despiertan las percepciones luminosas.

Otro de los medios es frotar el párpado y levantarlo de pronto á la impresión de la luz para ver si el iris se contrae; si éste permanece paralizado (como sucede en los amauroticos) es señal de que la retina es insensible. Dicho fenómeno no debemos confundirlo con el que se presenta cuando la membrana iridiana está perezosa en sus movimientos por la compresión de una catarata abultada; pues entonces el mismo abombamiento del iris y el estado de la opacidad del cristalino nos sacarian de toda duda.

Para probar también la sensibilidad retiniana tenemos la lámpara de Græfe; así como para apreciar la sensibilidad periférica de la retina, podemos emplear la prueba de las dos luces: una central y otra movable por los sitios de la habitación en que el enfermo pueda distinguirla; la del encerado; el marco recomendado por Wecker y otros medios, cuyo estudio es más propio de las obras especiales.

Para inspeccionar la sensibilidad, es conveniente dilatar la pupila con la atropina, una vez conocida la contractilidad iridiana; pues se observa en algunos enfermos, especialmente en los que sufren cataratas, que tienen mayor sensibilidad en la perifería que en el centro. Este síntoma tiene fácil explicación, tan sólo teniendo en cuenta, que la lente se opaca primero por el centro que por la circunferencia, y que ésta no presenta tanto grosor co-

mo aquél. Por la causa antedicha, los acataratados ven más en el crepúsculo que en medio del día, y cuando hay ménos claridad que el espacio donde existe mucha luz; porque en el primer caso el iris se dilata y deja pasar rayos luminosos por la periferia de la lente, en cuyos puntos no ha llegado al máximo la opacidad, y en el caso contrario, la pupila se contrae y los rayos luminosos no encuentran paso alguno, sino el centro más opacado de la lente.

Este dato lo han sabido explotar sin conciencia ciertos charlatanes ambulantes, dando como *remedio secreto é infalible, instilaciones de atropina para curar las cataratas*, provocando la dilatacion del iris, aumentándosele á el enfermo la vision, lo cual le hace concebir alhagüeñas esperanzas, hasta que cesando la accion fisiológica del medicamento, éstas se convierten en los más tristes desengaños.

En el departamento de las curaciones, deben existir medios suficientes para que éstas se practiquen con entera limpieza, evitando el contagio.

El Anfiteatro de operaciones, es preciso que reciba la luz *zeni-*

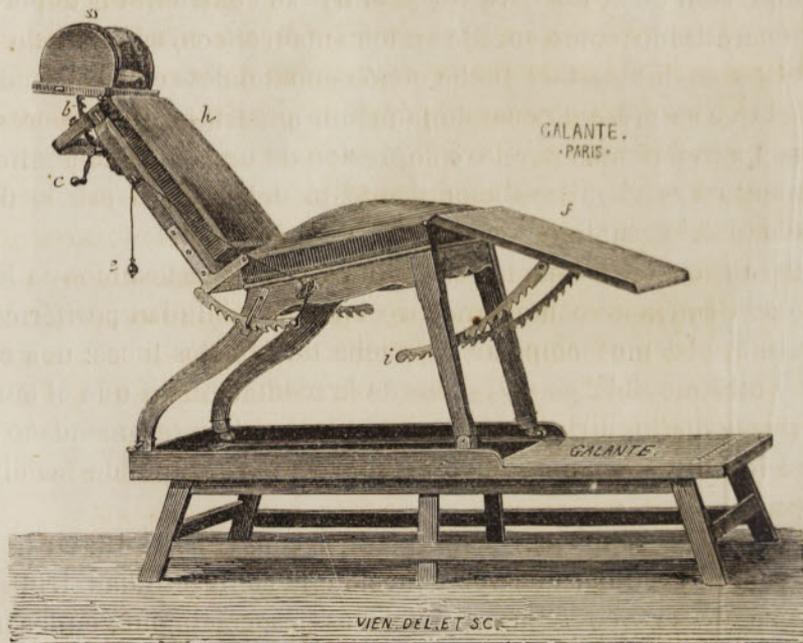


Fig. 239. Mesa de Galante para las operaciones.

talmente y por las partes laterales, pudiendo valerse de una ó de otra, segun la maniobra quirúrgica que se verifique. Como mesa

operatoria, es altamente recomendable la de Galante, cuyo grabado hemos representado en la plana anterior.

La sala de los operados debe reunir tambien condiciones especiales de limpieza y de luz.

Antes de entrar de lleno en el estudio de las operaciones que se practican en el aparato de la vision, queremos aclarar algunas consideraciones acerca de los medios anestésicos y antisépticos, como auxiliares de los procedimientos operatorios de índole cruenta.

Cuando se descubrieron los anestésicos, los medios de fijacion para el ojo no estaban tan perfeccionados como hoy se encuentran, toda vez que en la mayoría de casos habia necesidad de valerse del speculum de Gimbernat, los elevadores de Pellier, ó los dedos de los ayudantes para inmovilizar el globo del ojo, medios todos sumamente defectuosos, que producian molestas compresiones de fatales consecuencias; de manera que, al encontrar un agente que supliera á todos los indicados, paralizando el ojo, se consideró como una verdadera conquista en el camino del progreso; con mucho más motivo cuanto que las operaciones que recaen sobre el aparato visual revisten un gran carácter de exactitud, la cual está intimamente relacionada con la inmovilidad de la region.

Las experiencias y ensayos que en un principio se practicaron, dieron á conocer muy pronto que, la aplicacion de los anestésicos en la cirugia ocular, llevaba en si más inconvenientes que ventajas. Por una parte: para insensibilizar la córnea y conjuntiva palpebral era necesario llevar la anestesia hasta un periodo muy avanzado, por cuyo motivo el operado se expone á peligrosos accidentes. Por otra parte: los fenómenos convulsivos, propios de la anestesia, y los vómitos, pueden perjudicar extraordinariamente á el éxito operatorio.

Estos motivos hicieron desistir á la mayoría de los oculistas de emplear la anestesia general en muchas de las operaciones, en las cuales se creía indicada, reservándola tan sólo para la blefaroplastia de los grandes colgajos y enucleacion del ojo, cuando al mismo tiempo que á éste, hay que extirpar los músculos y aponeurosis contigua.

Otros oculistas ensancharon más el campo de las aplicaciones, anestesiando en la operacion del estrabismo y en la de catarata, cuando ésta recaia en los niños ó personas indóciles.

El Dr. Joy Jeffries, de New York, planteó de nuevo la cuestión de la anestesia ocular en el Congreso Oftalmológico de Londres celebrado en 1872. Pocas ventajas reportó á la ciencia la Memoria del oculista neoyorkino, el cual se dedicó, más que á la cirugía ocular, á hacer el paralelo entre las ventajas é inconvenientes del éter y del cloroformo. No es difícil presumir, dada la procedencia del Dr. Jeffries, que se decidiera por el éter.

Diversas tendencias, en opuesto sentido, hacen que juzguemos difícil la cuestión de los antisépticos en sus aplicaciones sobre la Cirugía ocular. Las vastas supuraciones que en el ojo toman asiento y que en poco tiempo llegan á desorganizarlo, cual acontece con la oftalmia blenorragica ó purulenta de otras denominaciones, la oftalmitis como accidente consecutivo de ciertas operaciones, así como lo delicado de la constitucion del ojo y lo poco tolerable de este aparato á las sustancias antisépticas, las cuales ocasionan intensas flecmasias, hacen que esta cuestión sea muy difícil de resolver.

Como prueba de lo que venimos manifestando, basta fijarse tan sólo en que, mientras la cura listeriana ha recorrido casi todo el campo quirúrgico en muy poco tiempo, parecia como que le estaba vedado el penetrar en la esfera de aplicacion de las operaciones oculares. Escasos ensayos y tímidos tanteos, llevados á cabo por alguno que otro oculista, habian llegado á inspirar una especie de prevencion contra los medios antisépticos. Poco tardaron en salir de esta reserva Snellen, Fano y Wecker, quienes recomendaron con entusiasmo la antisépsis ocular. No se pretende con ella evitar la infeccion purulenta, pues ésta es sumamente rara como accidente consecutivo de las operaciones oculares; el objetivo terapéutico que se proponen dichos cirujanos es, evitar la supuracion considerándola como un mero accidente muy fácil de prevenir; por lo que dichos profesores, así como otros que opinan del mismo modo, guardan todas las precauciones recomendadas por la cura listeriana, ántes de proceder á una operacion, modificándolas en consonancia con la constitucion y delicadeza del aparato visual.

Bajo estas bases procuran la mayor limpieza de los instrumentos que se han de emplear en el procedimiento operatorio, lo mismo que la de las manos del cirujano y ayudantes.

Las pulverizaciones no deben efectuarse, porque la niebla fenicada podria producir la irritacion del ojo, así como el apósito no

debe estar muy cargado de sustancias que provoquen la flecmasia del globo ocular, siendo el cuerpo que mejor se adapta á esta clase de antisépsis las disoluciones bóricas.

Con el ácido fénico se puede establecer el siguiente dilema: ó las disoluciones de esta sustancia son muy débiles, y entónces no son suficientes para extinguir las *bacterias*, ó están aquellas más concentradas, y en este caso producen intensas flecmasias. El doctor Santos Fernandez, de la Habana, ha demostrado que las soluciones al uno y al dos por mil llegan á causar fenómenos irritativos de fatales resultados.

Algunos cirujanos han propuesto las fumigaciones de los gases rutilantes del ácido hiponítrico, cuya accion creemos bastante dudosa. La manera como se pueden hacer semejantes fumigaciones es la siguiente: se toma una vasija en la cual se coloca una pequeña cantidad de ácido nítrico y unas virutas de cobre, zinc ú otra clase de metal, cuyas sustancias, al oxidarse, desprenden los vapores mencionados.

El Dr. Lopez Ocaña, oculista de Madrid, en la creencia de que la supuracion del ojo depende, más directamente que de las *bacterias*, de la constitucion orgánica del individuo, ha propuesto como medio de evitar la secrecion purulenta, la administracion de grandes cantidades de quinina, á el objeto de evitar la salida de los glóbulos purulentos (1).

El Dr. Aguilar hace referencia en su obra *Cirugia antiséptica* á el empleo de la quinina en las operaciones oculares, exponiendo el método del Dr. Lopez Ocaña en la forma siguiente: 1.º administra á el enfermo una sal de quinina durante algunos dias; 2.º moja las piezas de apósito en una solucion de 60 centígramos de quinina en 60 gramos de leche, que no tiene los inconvenientes atribuidos á los ácidos, fénico, salicílico y bórico.

(1) La misma idea del Sr. Lopez Ocaña, pero aplicada á los flecmones difusos, hace muchísimo tiempo que la expuso nuestro amigo el Dr. Cortezo empleando el mismo tratamiento terapéutico excepto la leche.

LECCION LIX.

Datos anatómicos de las regiones superciliar y palpebral como base de los procederes quirúrgicos.—Operaciones que se verifican para curar el *blefarospasmo*.—¿Qué se entiende por *cantoplastia* y *tarsorrafia*.—Manera de practicarlas.—Operaciones para curar el *coloboma*, *anquilobléfaron*, *simbléfaron*, *blefaroptosis* y *blefaroplegia*.

Es conveniente ántes de entrar en el estudio de las operaciones que recaen en cada una de las regiones que componen el aparato visual, el exponer los datos anatómicos de mayor importancia, con el objeto de relacionar con ellos los procedimientos quirúrgicos que se practican.

Siguiendo este orden, vamos á indicar algunos conocimientos de las regiones superciliar y palpebral. La primera está formada por la ceja, la cual es más ancha por la parte interna que por la externa, hallándose cubierta de pelos que se dirigen de dentro á fuera.

El estudio de superposicion de planos comprende la piel, que es bastante gruesa y adherida á los tejidos profundos. Tiene multitud de glándulas sebáceas que son el asiento de quistes. La capa muscular está formada por el entrecruzamiento de las fibras musculares del orbicular, frontal y superciliar; este último se inserta en la piel, en el punto correspondiente á la parte externa de las cejas.

Son dignos de tenerse en consideracion los vasos y nervios que se distribuyen por entre las capas anatómicas que componen la region superciliar. La rama anterior de la arteria temporal superficial, la frontal media y la nasal, procedentes estas últimas de la oftálmica, constítuyen una red vascular que aseguran el riego nutricao de la parte. Las venas no presentan detalles dignos de mencion y los linfáticos se dirigen, los internos á la region submaxilar, y los que toman origen en la *cola* de la ceja á los gánglios que existen en la region parotidea.

De los nervios de esta region son dignos de tener en cuenta: la rama frontal externa é interna. La primera es más considerable que la segunda y sale de la órbita por la escotadura ó agujero supra-orbitario; estando la externa separada de la raiz de la nariz, unos tres centímetros, y dos la interna.

Los párpados, en número de dos: superior é inferior, son dos órganos de protección que, en unión del reborde superciliar, se oponen á que el contacto de los excitantes exteriores pueda destruir el globo del ojo, haciéndole perder su lubricación y tersura.

Por estos motivos los anatómicos antiguos llamaron á dichos órganos: *tutamina oculi*, y los procedimientos quirúrgicos tienden á rehacer, en los casos de destrucción, velos protectores tan importantes.

Presentan los párpados: una cara cutánea, otra mucosa, un borde libre, otro adherente, una comisura externa y otra interna. La cara cutánea es convexa, existiendo un surco hácia la parte superior, llamado óculo-palpebral. La piel que la recubre es sumamente fina y deslizable, por lo cual se adapta á los cortes subcutáneos para las miotomías y para otros procedimientos quirúrgicos. Debajo de la piel aparece el músculo orbicular que viene á constituir un verdadero esfínter, en cuyo órgano se distinguen tres porciones: la peri-orbitaria, palpebral y ciliar. Este músculo se inserta en la parte anterior é interna de la órbita por medio de dos tendones: uno directo y otro reflejo, que vienen á constituir una especie de < griega horizontal, cuya rama anterior se fija en una pequeña cresta de la apófisis ascendente del maxilar superior, y la segunda en la cresta del unguis. Por medio de los dos manojos tendinosos pasa el saco lagrimal.

Es necesario tener presente la forma y dimensiones del músculo orbicular, pues sobre dicho órgano recaen multitud de procedimientos quirúrgicos, no solamente para curar el entropion y el blefarospasmo, si que también para remediar otra multitud de afectos.

Debajo de la capa muscular, están los cartílagos tarsos, que vienen á constituir el verdadero esqueleto palpebral. Sobre dichos cartílagos recaen también ciertos procedimientos que más adelante indicaremos.

La capa más posterior del párpado es la conjuntiva, cuya mucosa reviste distintos caracteres, según que se la examine por detrás del cartílago tarso, ó más hácia la parte superior. En ella toman asiento ciertas vascularizaciones sintomáticas, que son una excelente guía para el cirujano, tanto en la parte que al diagnóstico se refiere como la que atañe á la terapéutica.

Dicha mucosa, al reflejarse sobre el globo del ojo, forma dos senos, muy dignos de estudio, porque en ellos se pueden estacionar los cuerpos extraños y ser el asiento de multitud de afecciones; para cuyo tratamiento quirúrgico ha de intervenir el práctico.

Las comisuras palpebrales son dos: la interna, que presenta la forma de un pequeño arco de herradura, tiene dos diminutos agujeros (que permanecen constantemente abiertos, debido á su armazón fibro-cartilaginosa) y vienen á ser los dos puntos lagrimales. La externa, colocada en el extremo opuesto, forma un ángulo muy agudo.

Habian creído los anatómicos antiguos que los bordes libres de ambos párpados circunscribían hácia la parte posterior una especie de canal prismático triangular, para dar paso á las lágrimas hácia los puntos lagrimales; este error, fácilmente queda en evidencia á la simple inspeccion de dichos órganos, y se comprende, que de ser los párpados cual opinaban los antiguos, las lágrimas irían directamente desde la glándula que las segrega á los conductos lagrimales, sin tocar el globo ocular sino en una estrecha faja (base del conducto prismático señalado), no desempeñando, por lo tanto, el papel que le está encomendado á dicho líquido.

En el labio anterior del borde libre nacen las pestañas, y en el posterior desembocan las glándulas de Meibomio.

Las pestañas están implantadas oblicuamente de manera que su punta se dirige hácia adelante; además, describen una curva tal, que las pestañas correspondientes de los dos párpados se tocan por la convexidad.

Pequeños tumores toman origen sobre la region superciliar y sobre los párpados, siendo su tratamiento quirúrgico muy parecido; pues en la mayoría de casos el procedimiento que se emplea es la extirpacion, valiéndose de las pinzas de Desmarres y el bisturí ó las tijeras curvas sobre el plano.

Debe recomendarse que las incisiones sean paralelas á los pliegues de la piel para ocultar la cicatriz; y tanto en la region superciliar como en el párpado, debe procurarse (cuando no haya otro medio que cauterizar) que los cáusticos no se extiendan demasiado porque el tejido retractor, propio de la cicatrizacion, deforma los párpados y llega á producir ectropiones con las consecuencias fatales que estos traen en pòs de sí.

Diversos estados vienen á constituir una afeccion sintomática

que se revela por una contraccion del músculo orbicular conocida con el nombre de blefarospasmo. Este, de origen etiológico bastante complejo, requiere en algunas ocasiones un tratamiento puramente quirúrgico, encaminado á combatir dichas contracciones, porque ellas son causa, pròxima o remota, de otra clase de trastornos oculares.

La contraccion del orbicular es muchas veces un fenómeno reflejo; así, en las úlceras de la córnea se presenta este síntoma, por dicho motivo, provocando el blefarospasmo, el cual á su vez, haciendo comprimir el borde palpebral, sostiene y aumenta las ulceraciones corneanas. Estas ideas que varios oculistas modernos presentan con cierto *aire de novedad*, no son otra cosa que el reflejo de la teoría de Sichel para explicarse la *fotofobia*.

Hemos querido sentar los preliminares anteriores porque ellos explican el fin terapéutico de ciertos procederes quirúrgicos. Cuando el blefarospasmo no reconoce otra causa protopática que una afeccion puramente espasmódica, se ha recomendado la *distension de los ramos nerviosos* que animan al músculo orbicular, que proceden del séptimo par craneano. Wecker habia recomendado este medio con entusiasmo en una conferencia que dió en Madrid hace dos años (en la Academia Médico-Quirúrgica.) Aunque el profesor francés indicó que dicho procedimiento lo habia empleado algunas veces, como operacion poco generalizada y ensayada por analogia, es necesario esperar á nuevos resultados para juzgar el procedimiento con más conocimiento de causa.

Algunos oculistas proponen, como medio para curar el blefarospasmo, el *corte del nervio infra-orbitario*; y Græfe recomendaba en 1858 la incision del nervio supra-orbitario. Comprendemos que Wecker haya ensayado la distension del facial, el cual como nervio de motilidad puede ejercer su accion sobre el orbicular de los párpados; pero no alcanzamos á explicarnos, como cortando *nervios puramente sensitivos* se pueda obrar *directamente* sobre un músculo contraído espasmódicamente. ¿Obedecerian estos procederes á la *moda* de cortar nervios como tratamiento de muchas afecciones? Nada es de extrañar cuando se ha visto abusar de una manera altamente censurable, de las miotomias, y cuando se ha podido observar, en épocas muy cercanas á la nuestra, una verdadera monomanía quirúrgica de curar la mayor parte de los afectos nerviosos por medio de las *neurotomias*.

Pero no solamente es perjudicial el blefarospasmo por los trastornos que causa en el primer período de su aparición, si que tambien por las consecuencias que produce. Un músculo que, como el orbicular, se contrae repetidas veces, con una fuerza superior á sus condiciones fisiológicas, se hipertrofia y deforma á el esqueleto del párpado (cartilago tarso), llegando á producir un *entropion*; ó bien desvía el borde libre palpebral, y con él las pestañas, provocando una *triquiasis*. Antes de que ocasione estas consecuencias, el cirujano debe combatir el afecto con los medios quirúrgicos, si los farmacológicos no hubiesen dado resultado alguno.

Entre las operaciones que se han propuesto para extinguir á el blefarospasmo, se cuentan las incisiones sub-cutáneas del músculo, las cuales se practican en la forma siguiente: se coje un pliegue del párpado con unas pinzas que abarquen entre sus ramas, y paralelamente, las partes blandas que existen por delante del tarso, y por la base de dicho pliegue se introduce un pequeño bisturí ó tenotomo: como hacia Cunier las miotomias subcutáneas para combatir el *entropion*. Una vez incindidas las fibras musculares, el orbicular pierde bastante fuerza y cesa el blefarospasmo.

Tambien se ha puesto en práctica la *cantoplastia*, cuya operacion cumple dos indicaciones: una, la de restringir la fuerza contractil del músculo orbicular, y la otra, la de curar el blefaro-

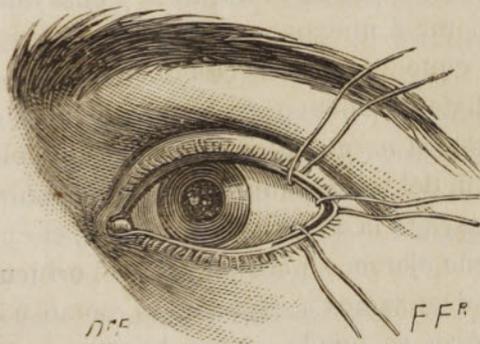


Fig. 240. Operacion de la cantoplastia.—Tres puntos de sutura para unir la piel y mucosa conjuntival.

fimosis, cuyo afecto es dependiente, en la mayoría de casos, del blefarospasmo. Tambien se emplea la cantoplastia para remediar la *soldadura parcial* de los párpados (anquilobléfaron) que suele presentarse por diversas causas.

La operacion de la cantoplastia se hace del siguiente modo: se

incinde con una tijera ó bisturi la comisura externa palpebral, y despues se aplican tres ó cuatro puntos de sutura en las superficies cruentas, procurando que la incision lleve la direccion de arriba abajo en vez de la horizontal que tenia en su principio.

Como se puede comprender, la cantoplastia tiene por objeto quirúrgico no solamente ensanchar la abertura de los párpados, sino tambien la de quitar al orbicular una parte de su punto de apoyo, para combatir el blefarospasmo y la deformacion consiguiente que pueden producir las contracciones repetidas del orbicular.

Para asegurar más el objetivo de la operacion, Agnew verifica el corte sub-cutáneo del orbicular, introduciendo las ramas de una fina tijera entre la piel y la mucosa, dando despues un corte sobre el músculo.

Tambien Cusco habia introducido una modificacion que es dificil de llevarla á cabo; ésta consiste en diseccionar un colgajo conjuntival, é interponerlo entre las superficies cruentas para que la cicatrizacion de la comisura palpebral se haga por separado en cada párpado.

Richet ha modificado la cantoplastia en la forma siguiente: agranda la comisura externa palpebral, mediante dos incisiones que se reunen hácia el reborde orbitario; disecciona entónces la conjuntiva ocular externa, y trazando dos colgajos los sutura sobre los nuevos bordes cruentos del párpado para impedir que se adhieran; de modo que con esta especie de *ribeteamiento* se obtiene un buen resultado.

El grabado 241 dará una idea del procedimiento de Richet, el cual está copiado de lo que se hace en el labio con la mucosa de la boca, desde la época de Diefenbach.

La cantoplastia se practica en la parte externa de los párpados y en la interna, cuando se presenta una deformidad llamada epicanthus. Esta consiste en que la parte correspondiente á el lago lagrimal está recubierta de piel, asemejándose á un tercer párpado horizontal, como sucede en algunas aves con la membrana llamada *nictitante*.

Las operaciones que tambien se emplean para curar el epicanthus son los procedimientos de rinorrafia. Estos consisten en suturar un pliegue que se forma en la parte superior y media de la nariz. Para que haya mayor seguridad de obtener el resultado que



se desea, se excinde una parte de piel en figura romboidal y se suturan los labios de la herida; de este modo, al replegarse la

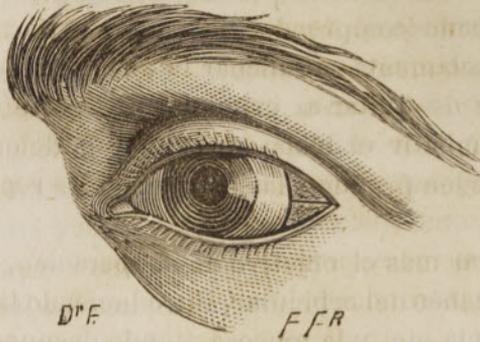


Fig. 241. Modificación de la cantoplastia por el proceder de ribeteamiento conjuntival propuesto por Richet.

piel, se agrandan y dirigen para adentro las dos comisuras internas (la izquierda y derecha); pues siempre el epicauthus es una deformidad doble.

Así como la *cantoplastia* tiene por objeto prolongar la comisura de los párpados, la *tarsorrafia* representa una operacion anti-tética de la primera, toda vez, que su objetivo quirúrgico es suturar una parte del borde libre palpebral, estrechando la mencionada comisura.

Empléase la citada operacion—como medio transitorio—para curar ciertos ectropiones parciales; y cuando estos se extienden por todo el párpado, Mirault d'Angers habia propuesto extender la sutura por todo el borde del órgano, formando un verdadero *anquiloblefaron terapéutico ó quirúrgico*.

En la *lagofthalmia* (parálisis ó atonía palpebral) y en la exoftalmia, producida por la enfermedad de Basedow, es donde está más indicada la tarsorrafia.

Esta operacion fué propuesta por Walther, y perfeccionada por Græfe y otros oculistas que más modernamente la han empleado. Græfe la verificaba en la forma siguiente: hacia cerrar los párpados á el enfermo y marcaba toda la extension del borde palpebral que era necesario excindir; la cual, generalmente, comprendia de tres á seis milímetros de longitud y unos dos de altura. Protegiendo luego convenientemente, el globo del ojo, excindia la parte se-

ñalada, y quedaban refrescados los bordes palpebrales algo más hacia la parte posterior que en la anterior, para que la comisura presentase la oblicuidad que le es normal.

Para evitar la desviacion del borde palpebral inferior, habia propuesto Græfe un procedimiento, que tambien se ha empleado para curar los ectropiones de pequeña extension. Consiste aquél en excindir un pequeño triángulo sobre la region colindante á la

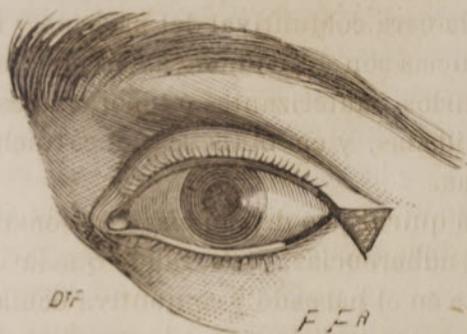


Fig. 242. Proceder de Græfe para curar la eversion del párpado inferior.

comisura, y suturar los bordes para que se acorte el del párpado, limitándose de este modo la comisura, en la extension que se desea; dependiendo esto de la mayor ó menor anchura del *triángulo cruento*. Bowman, y especialmente Wecker han recomendado diversos procederes con el objeto de disminuir la abertura palpebral. Este último aconseja, el que se excinda una parte de la comisura en forma de media luna suturando despues los bordes.

Hay una deformidad que recae sobre el párpado llamada *coloboma*, que consiste en la division de dichos velos membranosos. Esta puede ser congénita, por cuyo motivo casi siempre vá acompañada de las adherencias del párpado con la conjuntiva ocular, formando un *simbléfaron*, ó bien es dependiente de una herida. En este caso, el cirujano debe reunir los labios de la solucion de continuidad, colocando los puntos de sutura convenientes. Y si fuese congénito hay que *refrescar* los bordes, *despegar* el órgano de sus adherencias y colocar los puntos de sutura necesarios.

Como consecuencias de quemaduras ó por otras causas, están adheridos los bordes palpebrales constituyendo un verdadero *anquilobléfaron*. Para remediarla, basta formar un pliegue é incindirle con cuidado, ó bien, disecar capa por capa los tejidos ana-

tómicos correspondientes al borde palpebral, con el objeto de no herir el globo ocular. Si el anquilobléfaron fuese parcial, se pueden incidir los bordes palpebrales, valiéndose de una sonda canalada como guía para conducir el bisturí.

Una vez separados los párpados, el objeto que debe guiar al cirujano es, que la cicatrización se efectúe independientemente en cada uno de aquellos.

Consiste el *simbléfaron* en las adherencias anormales que se establecen entre la cara conjuntival del párpado y la del globo del ojo. Estas adherencias son dependientes, en muchos casos, de la aplicación de colirios cauterizantes ó ulceraciones dobles, completamente descuidadas, y en otras ocasiones dichas deformidades son congénitas.

El tratamiento quirúrgico del *simbléfaron* consiste en separar con el bisturí las adherencias, procurando que la cicatrización se haga aisladamente en el párpado y conjuntiva ocular. Obtener este último resultado cuesta trabajo, como lo prueban la multitud de medios que, para dicho fin, han venido proponiendo los oftalmólogos. Entre aquellos, cuéntase la separación de los párpados, valiéndose para ello de tiras aglutinantes, ó bien introduciendo cuerpos extraños para que cicatricen por separado las superficies cruentas; cuyos medios pueden despertar grandes flecmasias de resultados fatales para el ojo. Si la adherencia fuese considerable, se aconseja la ligadura de todo el istmo cicatricial, procedimiento expuesto á complicaciones é impracticable en estos casos.

Arlt proponía incidir las adherencias é interponer un colgajo de mucosa palpebral para que la cicatrización se efectuase de una manera independiente. Finalmente, Theale aconseja la antoplastia conjuntival, sobre cuyo método no se pueden dar reglas concretas, porque estas han de variarse con arreglo á la naturaleza y extensión de la deformidad.

De lo expuesto podemos deducir, que las antoplastias conjuntivales y la interposición de un colgajo, de la manera que propone Arlt, son los mejores procedimientos que el cirujano puede emplear.

Diferentes formas reviste la caída del párpado, cuyo afecto depende de condiciones etiológicas diversas, á las cuales deben ajustarse en un todo los procedimientos quirúrgicos que se recomiendan. Puede presentarse la *blefaroplegia*, como consecuencia de la

parálisis del nervio motor-ocular comun, cuyo afecto es fácil reconocer teniendo en cuenta los sintomas concomitantes como son: estrabismo externo, dilatacion pupilar y caída del párpado superior.

Esta afeccion paralitica, mas que á los recursos quirúrgicos, obedece á los de otra especie que se pueden ensayar con mejor resultado.

Algunos cirujanos, sin embargo, han propuesto el medio, de sustituir el *elevator* del párpado paralizado, con un músculo artificial extraido de las fibras inferiores del superciliar ó frontal, trazando para ello un colgajo de la parte inferior de la frente, en el cual estuviesen incluidas las fibras musculares que hemos manifestado, suturando aquél sobre el párpado.

Por más que parezca muy ingenioso el proceder indicado, los ensayos que sobre este punto se han hecho, han sido inútiles, motivando el abandono de dicho medio.

Otras veces la caída del párpado superior obedece á que el músculo orbicular, hipertrofiándose sus fibras, ha superado en antagonismo al elevador palpebral. En estos casos hay una verdadera *ptosis* que se puede remediar, haciendo una excision conveniente de unas cuantas fibras del orbicular para restablecer el equilibrio fisiológico entre este músculo y el elevador.

Para llevar á cabo la operacion se coje con una pinza y se excinde con una tijera un pliegue de la piel y tejidos que existen por la parte anterior del orbicular; se pone este músculo al descubier-to, y con la misma tijera ó un bisturí pequeño se cortan las fibras musculares que se crean necesarias para igualar la accion fisiológica del orbicular y elevador.

Despues de separadas las fibras, es conveniente aplicar diversos puntos de sutura, segun la extension de la herida, los cuales se anudarán por encima ó por debajo de los bordes cruentos, para que los nudos no obren como causa excitante, cual lo harian, si quedasen dentro de la solucion de continuidad.

Algunos cirujanos, para combatir la blefaroptosis, cuando ésta es dependiente de la laxitud de la piel, emplean unas pinzas de presion continua, ó bien los cáusticos, aplicados en direccion lineal y paralela al borde del párpado y en la mitad de la cara cutánea de éste. Para proteger las partes inmediatas se cubre la cara palpebral con una hoja de tafetan, moldeada sobre la region,



y sobre aquella se hace una abertura que corresponde á el sitio extension que ha de tener la escara.

Se coloca el tafetan, y con un pincel humedecido en ácido sulfúrico ó nítrico, se toca la parte de piel que queda al descubierto, hasta que se forma la escara; la cual puede tener la profundidad que se necesite.

La escara se puede desprender, mediante la diseccion con la pinza ó tijera, ó bien se deja que la supuracion la expulse; lo cual verificado, se cicatriza la solucion de continuidad, y el tejido retráctil que se forma, acorta el párpado, elevando el borde inferior hasta su limite normal.

LECCION LX.

Tratamiento quirúrgico del *triquiasis* y *distiquiasis*.—Procedimientos que se refieren á la destruccion de los bulbos de las pestañas y á la destruccion de los mismos.—Bases para plantear los procederes quirúrgicos que se refieren á el entropion.—Manual operatorio segun el punto anatómico que sirva de *objetivo* á la operacion.—Modo de combinar unos procedimientos quirúrgicos con otros para obtener buenos resultados.

Entienden los oftalmólogos por *triquiasis* una afeccion que está representada por la desviacion de las pestañas, las cuales provocado intensos fenómenos flecmásicos sobre la conjuntiva y la córnea, *deshustran* á ésta y ocasionan ulceraciones panniformes, y hasta la pérdida total de la vision. Por *distiquiasis* se admite, el afecto ocular que consiste, en que el borde palpebral tiene dos filas de pestañas: una normal y la otra accesoria é inclinada hácia dentro que irrita la córnea y conjuntiva.

Como quiera que el *traquiasis* y *distiquiasis* producen la ceguera, más tarde ó más temprano, y como dicho afecto es muy rebelde, se han propuesto multitud de procedimientos. Entre estos unos son puramente paliativos, y otros procuran combatir directamente la causa.

En los primeros, cuéntanse el arrancamiento con una pinza especial, de las pestañas que rozan con la córnea; en la creencia que despues de haberlas sacado repetidas veces se atrofian los bulbos pilosos y se evitan semejantes rozamientos. Nada más inexacto que semejante teoría: buena prueba de ello es los muchos

enfermos que por espacio de meses y meses, con una paciencia á toda prueba, se hacen arrancar las pestañas hasta que llegan á convencerse de lo ineficaz del medio empleado.

Tambien se propone el aglutinar los pelos desviados por medio del colodion ó aglutinante, fijando luego una pequeña tira sobre la frente para evitar los rozamientos de la córnea: recurso tan difícil como inútil.

Otros medios más directos son los que obran inmediatamente sobre los bulbos de las pestañas. De estos, unos se dirigen á inutilizar y otros á desviarlos. Los primeros son los cáusticos, los cuales se emplean para destruir la matriz de las pestañas con un alambre enrojecido, por la galvano-cáustica; ó bien con un pincel sumamente fino, empapado de ácido sulfúrico, nítrico, etc.

Esta operacioa tiene el inconveniente de producir una cicatriz sobre el mismo borde palpebral que puede causar rozamientos sobre la córnea á consecuencia del tejido retráctil que se forme.

Entre los procedimientos de desviacion de las pestañas, se cuentan el de Flarer, Herzenstein, Græfe, Wecker, Panas y Arlt. El primero de dichos oculistas practica la operacion en esta forma: divide el borde marginal en dos partes, disecciona la anterior, en la cual van incluidas las pestañas, excindiendo una porcion de la cara cutánea del párpado y se aplican los puntos de sutura para unir los labios de la herida. De este modo el puente de piel que comprende las pestañas, las hace desviar, porque sube hácia la parte superior y no tocan sobre el globo ocular.

El procedimiento de Herzenstein tiene su aplicacion cuando el triquiasis es parcial y se practica del modo siguiente: se toma una fina aguja montada sobre un mango y perforada cerca de su extremo puntiagudo, en cuyo agujero vá enhebrada una seda ó hilo fuerte. Se mete la aguja por el borde palpebral y se viene á sacar á unos tres ó cuatro milímetros más arriba de dicho borde, se coje el hilo, se separa la aguja, la cual vuelve á meterse por la contrapuntura dirigiendo el hilo paralelo y subcutáneamente al borde palpebral; se repite la misma operacion y se vuelve á sacar el hilo por el borde del párpado, á una distancia de la primera puncion, que debe variar segun el número de pestañas desviadas. De manera que la ligadura subcutánea describe un verdadero espacio cuadrangular y que tiene por base el borde marginal del órgano.

Dicha ligadura puede imprimir á los bulbos de las pestañas una

direccion diferente y provocar en ellos una supuracion que dé por resultado la cura del triquiasis.

Græfe practicaba dos incisiones perpendiculares y paralelas al borde del párpado superior, las cuales median un centímetro de longitud. Hecho esto, disecaba el colgajo cuadrangular resultante y excindia una porcion elipsoidea en la base del colgajo, en una direccion horizontal. Esta elipse ha de estar en relacion con lo que se pretende desviar las pestañas. Se suturan los labios de la herida que dejó la excision del trozo elipsoideo, y sube naturalmente el borde inferior del colgajo, y con él las pestañas que están implantadas, quedando un pequeño espacio cruento sobre el borde palpebral que se debe reunir por primera intencion.

Wecker para curar el *triquiasis*, empieza primeramente haciendo la *cantoplastia*; despues sujeta con una pinza de presion continua una parte de la cara cutánea del párpado, que comprenda todos los tejidos hasta llegar al cartilago tarso. Acto continuo, con un cuchillo triangular de doble filo, separa todo el borde marginal que tenga las pestañas desviadas, y replegándolo, lo sutura por el proceder de Gaillard, con tres ó cuatro puntos, curando con la *vaselina boratada*.

El procedimiento que emplea Panas para curar el *triquiasis* en el párpado inferior, se puede aplicar tambien ventajosamente para combatir el entropion de dicho párpado. Consiste aquél en excindir una porcion cuadrangular de la cara cutánea, y disecar un colgajo por encima hasta la parte superior del pequeño párpado. Se emplea despues la sutura, y como es fácil suponer, se invierte el borde palpebral hácia fuera, en la extension conveniente con lo cual no rozan las pestañas á la córnea.

Dicho procedimiento tiene el inconveniente, de que como el colgajo forma una base poco apropósito para su nutricion, si la flecmasia que se dispierta con el traumatismo es un poco intensa, la supuracion ó la gangrena destruirán el colgajo.

Arlt habia propuesto un proceder que está bastante generalizado, el cual hemos visto emplear repetidas veces en el *Instituto oftálmico*, cuando dicho establecimiento estaba á cargo del Dr. Delgado Jugo.

El primero de estos cirujanos coloca al enfermo en posicion conveniente, señalando con un lápiz dermatográfico una pequeña tira ó puente, en el cual deben comprenderse las pestañas desvia-

das. Dicha tira medirá en longitud la correspondiente á la extension del triquiasis, y en altura unos tres milímetros.

Marcados ya estos puntos, introduce un cuchillete triangular de dos filos, entre las glándulas y las pestañas; de manera que divide el borde marginal del párpado en dos partes: una anterior— que es la correspondiente al pequeño colgajo— y otra posterior que queda fija con las glándulas que son propias de la region.

Con el cuchillete se disecciona todo el puente cutáneo-piloso, y una vez separado por la parte media, quedando tan sólo unido por sus extremos interno y externo, se procede á excindir una porcion en forma de media luna, de la cara cutánea del párpado, suturándose la tira de piel que lleva las pestañas, con el borde superior de la incision curvilínea, que forma la parte más convexa de la superficie cruenta.

Este procedimiento ofrece algunos inconvenientes que nosotros hemos podido apreciar y vamos á exponer sumariamente. En primer término: tan estrecho colgajo cutáneo no tiene medios suficientes de nutrirse, á lo cual hay que añadir los fenómenos flecmásicos que dispiertan, necesariamente, los puntos de sutura. Por dicha causa hemos visto varias veces gangrenarse todo el puente cutáneo. En segundo término: hay otros procedimientos (entre ellos el de Græfe y Wecker) que llevando el mismo objetivo operatorio que el de Arlt, cumplen su *fin quirúrgico* con mucho menos traumatismos, y sin tener que atravesar los accidentes que mencionamos.

Si el objeto de todos estos procedimientos es desviar las pestañas para que no rocen sobre la córnea, debemos procurar conseguirlo sin que haya mucho tejido cicatricial que deforme el párpado; pues huyendo de un peligro no debemos caer en otro, cual es: el de que el globo ocular, falto de proteccion, se inflame y desorganice.

No podemos admitir en manera, alguna lo que se recomendaba en lo antiguo: de excindir todo el borde palpebral desviado; semejante procedimiento es inconveniente á todo exámen, porque acorta el párpado y éste queda insuficiente para proteger el globo ocular; y además, el reborde cicatricial que resultaba en el párpado, era tan perjudicial como las pestañas desviadas.

Anagnostakis ha propuesto un procedimiento que puede emplearse cuando el triquiasis es parcial. Consiste en separar la

porcion anterior del borde palpebral, en el que se implantan las pestañas desviadas, llenando la superficie cruenta con un colgajo largo y estrecho, disecado sobre la cara cutánea del párpado.

Este proceder no puede emplearse sino en los casos de triquiiasis parcial, pués cuando este afecto está muy generalizado, el colgajo podria retraer hácia fuera el párpado y provocar un entropion.

Diversas causas influyen en que el borde palpebral se invierta hácia dentro dando origen á un entropion, que haciendo rozar la córnea con las pestañas, desorganiza dicha membrana.

Nada hay en Oftalmología que haya puesto á contribucion de un modo tan extenso la inventiva de los oculistas como la operacion del entropion. Basta repasar á la ligera cualquier Obra, que de la especialidad trate, para convencerse de lo que decimos. ¿Consiste este lujo operatorio en que la afeccion es rebelde á los procederes que se emplean, y se ensayan otros por via de tentativa? ¿Acaso será el pueril deseo de imponer el nombre de un cirujano á una modificacion sin importancia? De todo hay un poco; basta sólo fijarse en el estudio comparativo de los procederes, y pronto se observará que existen algunos, á los que solamente los separan nimias diferencias. Agréguese á esto la ignorancia que habia en lo antiguo sobre las verdaderas causas del entropion, y la multitud de procederes que se iban acumulando hasta constituir el catálogo más largo que quizás cuente la Operatoria quirúrgica.

Dos grandes épocas existen en la operacion del entropion, que son otras tantas etapas de verdadero progreso, y sobre las cuales queremos llamar la atencion de nuestros lectores. Una de ellas, es la clasificacion etiológica de Taignot, y la segunda, las bases de los procederes que sentaron Pagenstecher y Anagnostakis.

Es indudable, que hasta la época de Taignot habia en esta parte del tratamiento del entropion el más lamentable desorden en la manera de considerar el afecto y los procederes que se empleaban. Pasaremos revista á varios de los que se practicaron: sustancias glutinosas para replegar el párpado (Fabricio de Acquapendente, Sculteto, Sanson, Demours y otros); el uso de anteojos para curar la mencionada afeccion (Lawrence y Middlemore); vejigatorios curados con tópicos irritantes (Carrons de Villards) y el cauterio actual (Celso, Albucasis, Pareo, Delpech, Larrey y Jobert). En nuestra época se aconseja de nuevo este último en distintas

formas: bien con el cauterio clásico, protegiendo suficientemente el ojo, ya con la galvanocáustia, y muy recientemente con el termo-cauterio de Paquelin en una forma apropiada.

En cuanto á los procederes de excision que se practicaban en lo antiguo, son tantos, que casi pueden contarse por el número de cirujanos que se dedicaban á la Oftalmología: Acrel, Dionis, Scarpa, Wenzel, Bordenave, Lafaye, Petit, Velpeau, Berard, Cunier é Hiersen.

Cuando Tavnigot publicó su Obra en 1847, exponiendo una clasificación de las diferentes clases de entropion, no fué otro su objeto que armonizar la etiología con el tratamiento. Por este motivo admitía: entropion conjuntival, cutáneo, muscular, tarsiano y mecánico. Estas denominaciones implicaban una série de procederes en completa consonancia con el afecto que tenían que combatir; mas la clasificación de Tavnigot adolecía de una grave falta, y era la siguiente: consideraba las distintas formas del entropion como entidades completamente aisladas, cuando esto rarisima vez sucede en la práctica. Un ejemplo demostrará lo que decimos: á consecuencia de una conjuntivitis de cualquier índole, se presenta fotofobia, y con motivo de este síntoma suele aparecer el espasmo del músculo orbicular con el *abarquillamiento* de cartilago tarso, dado caso, de que dure algun tiempo el espasmo de que hablamos, de manera, que hay tres clases de entropion en un mismo afecto.

A pesar de esto, la clasificación de Tavnigot señalaba el mejor camino que habia de seguirse en el tratamiento quirúrgico del entropion; y desde aquella época hasta la nuestra, se ha pretendido armonizar los procederes con las causas originarias de las afecciones.

La segunda etapa á que nos referíamos, son los procederes de Pagenstecher y Anagnostakis. Es cierto, sin embargo, que ántes que el primero de dichos cirujanos (el cual presentó su proceder en el Congreso oftalmológico de París en 1862), Wardrop dividía la comisura palpebral externa, transversalmente, Janson separaba pequeñas porciones de la piel, procurando incidir tambien alguna fibras del orbicular. Key, en 1825, y Desmarres mucho despues, incidian una parte de dicho músculo y Cunier, Philips, Petrequin y Blachman practicaban la seccion subcutánea del orbicular.

Como se vé, se habia fijado la atencion de los oftalmólogos en el músculo mencionado, como la principal causa del entropion, y

sobre aquél se procuraba dirigir la accion terapéutica. El proceder de Pagenstecher era el que mejor cumplia este fin, dividiendo la comisura externa del párpado en todo su espesor y en una direccion horizontal. Esta incision que debe medir de 4 á 6 milímetros en la conjuntiva y de 6 á 8 en la piel, ha de incidir necesariamente el ligamento palpebral externo. Usando encontradas tracciones, la herida horizontal se hace vertical, y entónces se aplican los puntos de sutura necesarios para que se una la mucosa á la piel.

La modificacion de Williams se diferencia del proceder anterior en que, al hacer la incision no divide la conjuntiva, y une ésta á la piel con puntos de sutura, para que la mucosa conjuntival se interponga entre los labios de la herida externa é impida la cicatrizacion.

Algunos oculistas practican un verdadero proceder de cantoplastia, aplicando los tres puntos de sutura consiguientes.

Es necesario confesar que muchas veces á despecho de todos los puntos de sutura que se apliquen, se cicatriza la herida, porque los tejidos que abrazan las ligaduras son fácilmente cortados por los hilos. Nosotros hemos tenido ocasion de presenciar lo que decimos en varias operaciones ajenas y en algunas practicadas por nosotros.

El segundo tiempo operatorio del proceder de Pagenstecher consiste en lo siguiente: con una pinza de muleta se levanta en direccion transversal la piel, procurando abrazar al mismo tiempo en el pliegue la mayor cantidad posible de fibras musculares del orbicular; por la base del pliegue se introduce una aguja con un hilo fuerte y encerado, que ha de ir desde el borde adherente á el libre del párpado rasando el cartilago tarso y procurando que salgan los hilos por fuera de los orificios de las glándulas de Meibomius. Por regla general se aplican de 4 á 6 asas de hilo, las cuales deben colocarse precisamente en el punto que estén más desviadas las pestañas. Despues de esta parte de la operacion se anudan los hilos, comprimiendo fuertemente la porcion comprendida, abandonando las ligaduras hasta que la supuracion las expulsa.

El proceder de Anagnostakis fué propuesto por el oculista griego para el tratamiento del triquiasis; pero ofrece grandes ventajas para curar el entropion. Consta de tres tiempos: 1.º Extendido el párpado sobre una placa de marfil, se hace una incision, si aquél es estrecho y tiene poca piel, y excision en el caso contrario, la

cual debe distar unos 3 milímetros del borde palpebral libre, debiendo comprender exclusivamente la piel. 2.º Se separa fuertemente el labio superior de la herida y se ponen al descubierto las



Fig. 243. Procedimiento de Græfe para combatir el entropion del párpado inferior.

fibras del músculo orbicular, se coge con unas pinzas el manajo muscular que recubre á el cartilago y se excinde, en más ó ménos extension, segun el grado de inversion palpebral. Esta excision suele hacerse con tijeras curvas sobre el plano. 3.º Hecho lo expuesto se aplican tres ó más puntos de sutura y se unen los bordes de la herida palpebral.

Nuestro compañero, Dr. Rodriguez Mendez, hizo una combinacion de los dos procederes descritos, tomando del de Pagenstecher el corte de la comisura palpebral externa, y aplicando tres puntos de sutura: uno en el párpado superior, otro en el inferior y el tercero en el vértice de la incision: en una palabra, la cantoplastia. Despues practicaba el proceder de Anagnostakis. El Dr. Mendez publicó en la *Gaceta Médica* de Granada varias observaciones relativas á enfermos operados por este proceder mixto, con el cual obtuvo notables resultados.

El Dr. Carreras Aragón practica en el entropion el proceder siguiente: incinde la comisura externa palpebral por medio de la tijera como en los procedimientos anteriores. En el segundo tiempo operatorio toma unas pínzas especiales que tienen las ramas un poco anchas, y á más ciertas prominencias en la cara interna (á manera de las pínzas de dientes de raton), con el objeto de hacer presa de la piel. Con esta pinza se coge transversalmente un pliegue cutáneo en la suficiente extension para enderezar el párpado.