

Con el objeto de dar mayor exactitud á el pliegue que se ha de excindir, se puede calcular de antemano, con dicho instrumento,

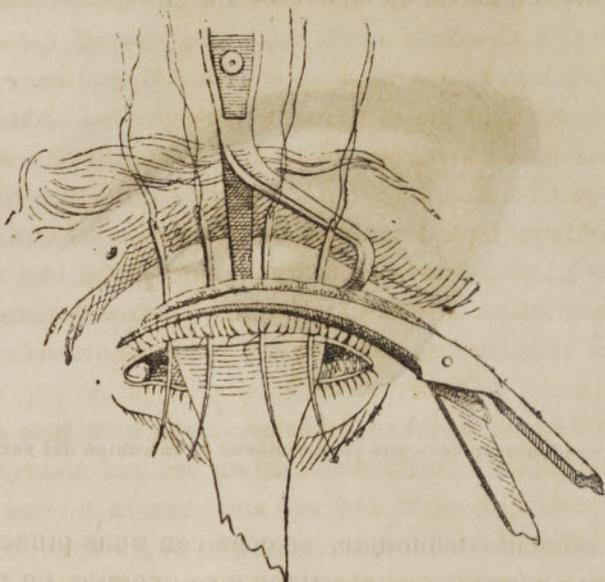


Fig. 244. Excision de una parte de la cara externa del párpado superior para curar el entropion. (Proceder del Dr. Carreras Aragó.)

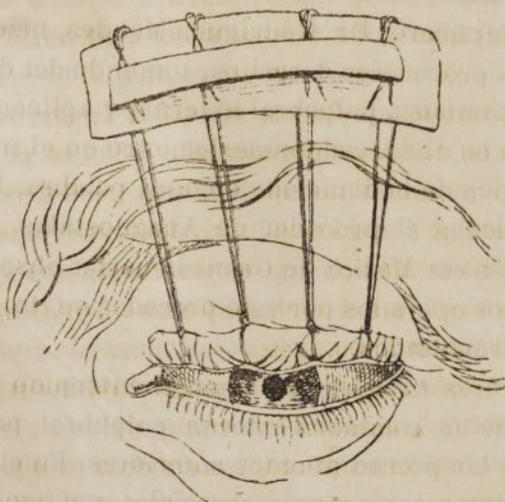


Fig. 245. Disposicion de la sutura y fijacion de los hilos. (Carreras Aragó.)

los tegidos que son necesarios separar, para que las pestañas dejen de inflammar á el globo del ojo.

Después de esto se pasan de 3 á 5 agujas (según los casos), las cuales llevan enhebradas un hilo algo grueso; dichas agujas se introducen á 6 ó 7 milímetros del borde adherente del párpado, pasando entre la cara anterior del cartilago tarso y posterior del músculo orbicular, viniendo á salir por encima de la desembocadura de los orificios glandulares de Meibomio. El punto de salida de los hilos ha de arreglarse según el grado más ó menos pronunciado del entropion. Pasadas las agujas con sus hilos correspondientes, se practica la incision del pliegue cutáneo y la de algunas fibras del músculo orbicular, por medio de la tijera curva, después de lo cual, se anudan los puntos de sutura que han de reunir los labios de la herida, cuyos cabos se llevan á la frente sujetándolos con una tira de aglutinante. El objeto que se propone el doctor Carreras Aragón, al llevar los hilos en esa forma, es el de hacer que el párpado quede en buena posición, aumentando, si cabe, la retracción, para que no rocen las pestañas la conjuntiva ni la córnea.

Este proceder, como los que se fundan en algunas de las bases que ya hemos mencionado, tienen grandes ventajas: 1.º Agrandar la abertura palpebral para que pueda invertirse bien el párpado 2.º Disminuir la fuerza contráctil del orbicular. 3.º Aumentar la fuerza de retracción de la cicatriz, sujetando los hilos en la frente y dejándolos por espacio de una semana si la supuración no los expulsa ántes.

El Dr. Toro, oculista de Cádiz, al hablar de la operación del entropion, se expresa del modo siguiente (1): «Si el caso no es muy grave, hago una excisión trasversal de la piel como Celso, exciéndole una porción del músculo orbicular de los párpados como Anagnostakis, colocó tres ó cuatro puntos de sutura, fijando los cabos de los hilos en la frente como Snellen y terminé la operación con dos incisiones verticales del párpado como Crampton. Con este proceder, verdadero *potpourri* de tantos otros, he obtenido muchos éxitos satisfactorios.»

»Cuando el entropion es doble, practico la excisión trasversal de la piel y del orbicular de los párpados, y uno las extremidades externas de ella con otra excisión músculo-cutánea vertical hecha algo por fuera de la comisura externa. Finalmente, para los casos

(1) Tratado de Enfermedades de ojos.—Fascículo 2.º, pág. 333.

graves ó para cuando no han tenido éxito otros procederes, reservo el siguiente que voy á describir detalladamente.

A imitacion de Crampton hago dos incisiones verticales de seis milímetros de extension: la una hácia fuera del punto lagrimal, y la otra á corta distancia del ángulo externo del ojo, pero interesando ambas todo el espesor del párpado, y procuro mantener separados los labios de estas dos incisiones, haciendo pasar un hilo á través del espesor del párpado, y hácia su parte media, sujetando los dos cabos á la frente con colodion. (Supongo que es el párpado superior)» Al cabo de cuatro ó seis dias, y despues de la aparicion de los botones carnosos, empieza el citado oculista á practicar las cauterizaciones de la manera siguiente: sentado el enfermo en una silla alta, sujetándole la cabeza un ayudante y protegido el globo del ojo convenientemente, por medio de la placa de Beer y una capa de hilas, empapa un trozo de madera ó varilla de cristal, en nitrato de ácido de mercurio, tocando con dicho cáustico la piel del párpado superior, desde uno á otro ángulo del ojo, pero sólo en una extension vertical de unos 3 á 6 milímetros, y á la distancia de 2 del borde ciliar; deja luego en contacto de la piel el líquido cáustico cuatro minutos aproximadamente; pasados los cuales emplea lociones de agua fria aconsejando al enfermo que continúe con ellas si siente algun dolor ó incomodidad. Ocho dias despues, ó ántes si está en disposicion, desprende el Dr. Toro la escara que forma la cauterizacion, curando la úlcera que resulta con planchuelas y cerato simple; si cicatriza y sigue el entropion, repite las cauterizaciones tantas veces como sea necesario.

Para terminar este punto, creemos que la cantoplastia y el proceder de Anagnostakis, reunen las mejores bases para un procedimiento general. Es cierto que es difícil llevar á cabo la cicatrizacion de la comisura externa de una manera independiente en sus bordes superior é inferior; pero si se procura que los hilos abracen la mayor cantidad de tejidos, si se consigue realizar en todas sus partes la notable modificacion de Williams, y por último, si como recurso extremo se interponen cuerpos extraños entre los labios de la herida, como hemos practicado alguna vez, es muy fácil que se agrande la abertura palpebral, que pierda mucha parte la contractilidad del músculo, y que el párpado se pueda enderezar sin grandes esfuerzos por medio de los puntos de sutura.

Respecto al tiempo operatorio (en la parte referente al pár-

pado) de los procederes de Pagenstecher y Anagnostakis, optamos por este último que tiene sobre el primero notables ventajas. El proceder de Anagnostakis destruye la causa del fimosis palpebral, reúne la herida con puntos de sutura, los cuales pueden separarse á los tres días, y aún á las 48 horas, como nos ha sucedido en varias ocasiones, y especialmente en una enferma que operamos en Agosto último, de doble entropion, y al cabo del tiempo mencionado pudimos separar los puntos de sutura por estar la herida cicatrizada.

Con el proceder de Pagenstecher no se obtienen estas ventajas porque los hilos han de quedar abrazando los tejidos, hasta que sean expulsados por la supuración. Durante este período hemos visto presentarse fenómenos erisipelatosos que abultaban extraordinariamente la piel del párpado; y después de todo, aún suponiendo que no se presente contratiempo de ninguna especie, la cicatriz que se forma en el párpado no puede ser más deforme, afectando el aspecto abollonado, que hace imprimir al sujeto una fisonomía extraña y repulsiva. En cambio, la cicatriz que deja el proceder de Anagnostakis es paralela á el borde palpebral, ocultándose entre los pliegues del párpado, que apenas se nota, y no expone á el operado á ningun accidente durante la cicatrización.

Por lo expuesto, creemos sumamente ventajoso, como proceder general, el procedimiento mixto que hemos descrito, igual al que el Dr. Mendez publicó en la *Gaceta Médica* de Granada.

LECCION LXI.

¿Qué conducta debe seguir el cirujano en el ectropion senil? Procederes quirúrgicos para combatir el ectropion muscular y tarsiaco, así como las operaciones que se emplean para que desaparezca dicha deformidad cuando es originada por una cicatriz. *Blefaroplastia* Procederes dependientes del método francés.—Id. del indiano.—Procedimientos llamados de *permuta*.—Manual operatorio de los mismos.

Viene á ser el *ectropion*, en tésis general, la eversion de los párpados, dejando al descubierto una parte del globo ocular, la que, falta de protección se inflama, produciéndose en ella fatales consecuencias que concluyen por desorganizar el ojo.

Para que haya verdadera consonancia entre los procederes quirúrgicos y el afecto, es necesario que aquellos cumplan su verdadero fin atacando directamente á la etiología del ectropion. La discordancia entre la Patología y la Operatoria habia producido la más lamentable confusion entre los procederes antiguos.

Algunos autores, para ordenar el estudio, siguen el método de Tavignot, clasificando los procedimientos segun que traten de corregir ectropiones que tengan su asiento en la piel, en el músculo orbicular, cartilago tarso ó conjuntiva. Mas, de esta clasificacion podemos decir, lo que anteriormente hemos manifestado al tratar del entropion: «que en la mayoría de casos el afecto es complejo en su anatomia patológica y no es posible aislar los procedimientos de una manera tan independiente.»

Hay que tener en cuenta, además, que muchos ectropiones son producidos por cicatrices que se forman léjos de los párpados, y aquellas, por la fuerza retráctil del tejido que las constituyen, alteran las relaciones normales de los velos protectores del globo ocular.

No sólamente se emplean para curar el ectropion esos procederes que son peculiares á su misma terapéutica, sino que tambien se practican—en la mayoría de casos—verdaderos procedimientos de blefaroplastia; lo cual hace que exista una verdadera *compeneracion* entre un estudio y otro. Y por más que en la mayoría de las obras de Cirujía formen los procederes blefaroplásticos párrafo aparte, usándose estos, generalmente, para curar ectropiones, creemos que deben ir incluidos en un mismo capítulo ó leccion.

El *ectropion* puede ser ocasionado á consecuencia de la parálisis, ó mejor dicho *atonía* del orbicular, que se presenta en los viejos. En estos casos el párpado es insuficiente para cubrir y proteger el globo ocular por la parte inferior, y se produce el lagrimeo, despues la irritacion é hipertrofia de la mucosa conjuntival, formando un rodete enrojecido y lagrimeante que dá á la fisonomía del anciano un aspecto característico. Si la causa es la atonía muscular, y los fenómenos que en dicha membrana se presentan son muy secundarios ¿es lógico atacar directamente la mucosa, excindiéndola y cauterizándola con el *encono* y la *persistencia* que la hacian—y aún hoy se ven algunos ejemplos—los oculistas antiguos? ¿Qué acontece? Que como dichas cauterizaciones y excisio-

nes no pueden darle la tonicidad de que carece el músculo, el procedimiento quirúrgico es completamente ineficaz.

Nosotros creemos, que los procederes que han de obrar directamente sobre la mucosa, tienen su razón de ser cuando la hipertrofia de dicha membrana conjuntival sea dependiente de fenómenos flemásicos directos ó idiopáticos.

En los casos anteriores, el cirujano puede cojer con una pinza de presión continua un pellizco de la mucosa, excindiéndola con una tijera curva sobre el plano; aplicando después la sutura, ó bien sin ella, á el objeto de que, en uno y otro caso, el borde palpebral adquiera sus relaciones normales y pueda cubrir perfectamente á el globo ocular.

Otros oftalmólogos han empleado las cauterizaciones, que también dan resultado; lo cual se consigue pasando el lápiz de nitrato de plata repetidas veces por la conjuntiva y paralelamente á el borde palpebral.

Obedece el ectropion, en algunas ocasiones, á la hipertrofia de un grupo de fibras musculares de las que constituyen el músculo orbicular. En estos casos, el procedimiento está indicado por la naturaleza de la causa; así es, que excindiendo dichas fibras, ó bien incindiéndolas subcutáneamente, adquiere el párpado su posición normal.

Cuando el ectropion es producido por un *abarquillamiento* del cartilago tarso, hay que analizar, si éste ha sido producido por una alteración del mismo cartilago, ó, si es dependiente de una hipertrofia del músculo orbicular. En este último concepto, lo que está indicado en primer término es, verificar las miotomias que sean convenientes, y después obrar directamente sobre el cartilago tarso, incindiendo una parte de él, según las alteraciones que presente su forma. Fundados en esto, creemos de todo punto improcedente las operaciones regladas; y entre ellas la de Dieffembach, porque el cartilago tarso puede presentar en sus deformaciones distintas variantes.

El ectropion cicatricial es el más difícil de combatir, á no ser cambiando las condiciones del tejido retráctil que viene á constituir la cicatriz. Muy cerca del ojo suelen presentarse forúnculos y otra clase de tumores, así como quemaduras y ulceraciones de otra especie, que, al cicatrizar, deforman completamente los párpados, descubriendo á el globo ocular y siendo causa estas deformidades

de accidentes y complicaciones que pueden concluir con la vision.

Dadas las propiedades del tejido cicatricial, los cirujanos han empleado, principalmente para curar el ectropion graduado, los procedimientos de blefaroplastía, porque de este modo se sustituye el tejido de la cicatriz con otro mucho ménos retractil.

Snellen recomendó un proceder para curar el ectropion que hemos visto emplear al Dr. Creus con alguna modificacion. Tratábase de un hombre que contaria 45 años de edad, cuyo sujeto tenia una depresion cicatricial sobre el surco naso-geniano, y á dos centímetros, próximamente, del borde del párpado inferior. El Dr. Creus incindió toda la base del párpado (el cual estaba evertido completamente) y pasó unos puntos de sutura en forma de asa, que, sujetando el párpado, le hicieron *bascular* hácia arriba y atras; y para mantener el órgano en dicha posicion, pasó las cerdas—enhebradas en sus agujas correspondientes—por el surco óculo-palpebral sujetándolas por fuera.

El objeto de dicho proceder consiste en que cicatrice la herida evitando la retractilidad y eversion del párpado.

Nosotros creemos que el fin que se pretende rara vez se alcanza: porque la nueva cicatriz es tanto ó más retráctil que la primera. A más, las cerdas han de permanecer largo tiempo rozando el fondo y repliegue conjuntival, lo cual ocasiona una tumefaccion inflamatoria, que coadyuva á la eversion del párpado.

Si el ectropion es parcial y no muy graduado se pueden emplear ciertos procederes. Entre estos se cuenta el de Symanowski, que consiste en deslizar el borde externo del párpado inferior, suturándolo en una superficie cruenta, en ángulo águdo, que se forma sobre la region palpebral externa para que sirva de punto de apoyo.

La idea de este profesor, está reducida á disminuir el borde inferior del párpado, haciendo que su línea curva, al hacerse horizontal, suba hácia el borde inferior de la córnea como en la disposicion normal.

Igual objetivo quirúrgico, si bien en distinta forma, se proponen diversos procedimientos, como sucede con el de Ammon, Græfe, Dieffenbach y algunos otros que son muy parecidos, y cuyo fin operatorio se puede reducir á la siguiente fórmula: acortar el borde palpebral, para que éste gane en altura, y pueda cubrir la parte de globo del ojo que corresponde al párpado que se opera.

Otros procederes sirven de transición á los blefaroplásticos, y pretenden á elevar el borde inferior, ó deprimir el superior, segun que se trate del párpado pequeño ó del mayor. Asi tenemos el procedimiento de Sanson que consiste en trazar dos incisiones que representan una V, la cual circunscribe un colgajo triangular de vértice inferior y base superior, que, empujando hácia arriba dicho colgajo y suturando las superficies cruentas viene á constituirse la cicatriz en forma de Y.

Igual fin lleva el procedimiento de Alfonso Guérin, parecido á lo que Buchanan hace en los lábios, al aplicar su proceder de *quei-*



Fig. 246. Procedimiento de Guérin para el ectropion.

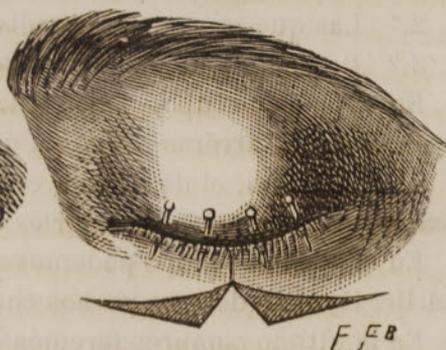


Fig. 247. Proceder de Guérin combinado con el anquilobléfaron artificial (proceder de Mirault d'Angers).

loplastia. Guérin traza unas incisiones en el párpado inferior que representan dos W unidas por su vértice, y Buchanan traza en la queiloplastia dos cortes que se cruzan en forma de X, quedando las cicatrices en la misma forma, tanto en el uno como en el otro.

Poca diferencia existe entre estos y uno de los procederes que Diefnbach recomienda.

Hay ciertas operaciones que no solamente se emplean para curar el ectropion, cuando éste es de índole cicatricial y rebelde á todo tratamiento, sino que tienen tambien aplicacion cuando el párpado desaparece y hay que reconstituirlo mediante nuevos colgajos, trazados segun el método francés, ó con arreglo á el indiano, modificándolo en cuanto á la inversion de los colgajos.

Desde Celso se viene indicando la blefaroplastia; pero despues del enciclopedista quedó en el más completo olvido, pudiendo decirse que hasta nuestro siglo no se perfeccionaron los métodos y procederes blefaroplásticos. En 1818 Græfe y Dzondi la practicaron

por primera vez en Alemania la blefaroplastia; Blandin y Jobert (de Lamballe) en Francia, durante el año 1835. Frike, de Amburgo, ya en 1829, habia empleado el método indiano, procurando invertir los colgajos lo ménos posible para asegurar la nutricion de los mismos. Velpeau en 1834, VVarthon Jones y Diefenbach en 1836, Ed. Cruveilhier en 1866 y otros muchos cirujanos modernos han ensayado procederes distintos, de los cuales describiremos los más importantes.

Para ordenar mejor la exposicion vamos á dividir los procedimientos en diversos grupos:

- 1.º Blefaroplastias dependientes del método francés.
- 2.º Las que proceden del método indiano.
- 3.º Procedimientos de *permuta*.

En el primer grupo, deben estar incluidos el proceder que empleará el Dr. Carreras Aragó (el cual expondremos más adelante) el de Diefenbach, el de Richet, el de Knapp y el que nosotros practicamos para el párpado superior.

En el segundo grupo podemos colocar el de Hasner, Blasius y el del Dr. Hysern (del que ya nos ocuparemos).

En el último comprenderemos el de Burow y el de Denonvilliers.

Diefenbach habia recomendado un proceder, el cual consiste en disecar un colgajo cuadrangular en la parte externa del párpado



Fig. 248. Blefaroplastia del párpado inferior. (Proceder de Diefenbach.)

colocándolo por deslizamiento sobre la superficie cruenta, donde se aplican los puntos de sutura.

Cuando sirve para rehacer el párpado superior, la base del colgajo queda arriba y el borde inferior viene á constituir él del nue-

vo párpado. Si se reconstituye el inferior, la base queda hácia abajo y el borde superior es el que viene á formar el borde palpebral.

Nosotros hemos empleado algunas veces el proceder de Die-



Fig. 249.

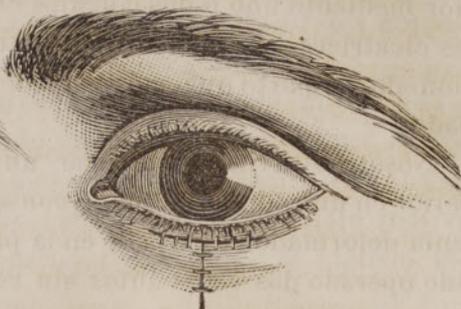
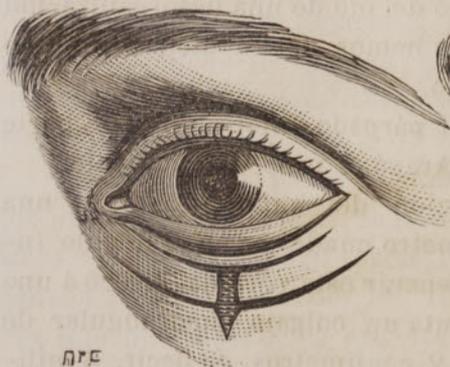


Fig. 250.

Blefaroplastia (proceder de Diefenbach). Puntos de sutura en el proceder anterior.

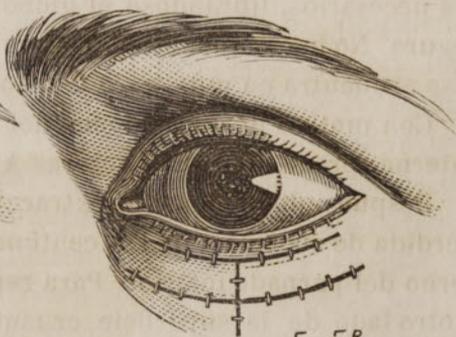
fenbach, y encontramos el inconveniente de que en el colgajo inferior hay retracciones que deprimen un poco el párpado.

En realidad el procedimiento de Richet, que los autores describen, debiéramos denominarlo bajo el concepto de *migratorio*,



RRF

Fig. 251.



FER

Fig. 252.

Blefaroplastia (proceder de Richet). Estado definitivo de las partes operadas despues del proceder de Richet.

toda vez que son dos colgajos concéntricos, de los cuales el primero—procedente de la region palpebral inferior—cubre á la superficie cruenta, y el segundo—disecado superiormente—viene á rellenar la que deja el primer colgajo.

El proceder de Richet es muy ventajoso, porque los colgajos se encuentran en las mejores condiciones para la reunion primi-

tiva; y despues las cicatrices se neutralizan perfectamente en sus tracciones, por la forma como están dispuestas, no habiendo temor alguno á que los párpados se deformen.

El proceder de Knapp consiste en reconstituir el párpado inferior mediante uno ó dos colgajos cuadrangulares. De manera que las cicatrices—en este último caso—representan una H, á excepcion de la parte que corresponde á el borde superior del párpado.

Nosotros tuvimos que usar un proceder de blefaroplastia superior en un individuo que, á consecuencia de una herida contusa, tenia deformado el párpado en la parte externa. Este sujeto habia sido operado dos veces ántes sin resultado alguno. Como el ectropion cicatricial, no protegiendo el ojo, era causa de ulceraciones y otros síntomas, se decidió paque la practicásemos la blefaroplastia.

Cloroformizado el paciente, excindimos toda la mitad externa del párpado y fué rehecha la porcion extraida, con un colgajo cuadrangular que disecamos sobre la region témporo-malar.

El colgajo cicatrizó perfectamente, y como se pudiese conservar el elevador del párpado, tuvo el nuevo órgano los movimientos necesarios, librándose el globo del ojo de una desorganizacion segura. No hace mucho tiempo que hemos visto á dicho individuo y se encuentra en muy buen estado.

Con motivo de un *xantoma* del párpado inferior en su parte interna, practicó el Dr. Carreras Aragón el proceder siguiente:

Despues de hecha la extraccion del xantoma, quedó una pérdida de sustancia de $1\frac{1}{2}$ centímetro cuadrado en el ángulo interno del párpado inferior. Para reparar esta pérdida, disecó á uno y otro lado de la superficie cruenta un colgajo cuadrangular de base inferior, el cual media unos 2 centímetros, es decir, 5 milímetros mas que la extension de superficie de la herida. Disecado el colgajo, lo levantó el mencionado oculista hácia la parte superior, aplicó dos puntos de sutura en las partes laterales, y la cicatriz se hizo perfecta, sin accidente de ninguna especie. La idea de este proceder la dedujo el Dr. Carreras del que Chopart empleaba para la queiloplastia del labio inferior; sin embargo, en éste no dá nunca el resultado que se pretende, por la gran magnitud del colgajo y por la disposicion de los tejidos que retraen á aquél hácia la parte inferior. En el proceder que hemos descrito, los dos puntos

de sutura laterales neutralizan por completo las tracciones hácia abajo que el colgajo palpebral pudiera sufrir.

El procedimiento de Hasner d'Artha—perteneciente á el segundo grupo—corresponde á el método indiano. Consiste en diseccionar un colgajo, terminado en dos prolongaciones, para rehacer la comisura externa (ó la interna) y los bordes palpebrales correspondientes.

El colgajo que Hasner recomienda, debe trazarse en una de las caras laterales de la nariz, cuando se trate de reconstituir la comisura interna, y en la region malar cuando se piense en rehacer la opuesta. Como el colgajo ha de ser invertido, por este motivo hemos manifestado que este proceder pertenece al método indiano.

Blasius y Frike, de Hamburgo, tambien siguen procedimientos iguales pertenecientes á el método anterior. Los colgajos se diseccionan sobre la region temporal anterior y estan, con relacion á la horizontal anterior del ojo, en ángulo recto.

El Dr. Hysern, antiguo catedrático del Colegio de San Cárlos, ha inventado dos procedimientos, que algunos cirujanos españoles los consideran como métodos.

Consiste el primero en trazar un colgajo en la region temporal (parte anterior) para rehacer el párpado, llamando á este primer proceder *témporo-facial*, que con mucha más razon pudiera llamarse *témporo-palpebral*. Otras veces saca el colgajo de las partes laterales de la nariz, y se le dá el nombre de proceder *naso-facial*.

Sedillot, cuando habla de ellos, dice que son modificaciones de los procederes de Fricke (de Hamburgo); sin embargo, comparados unos con otros, se notan varias diferencias. Las bases en que se fundan los procederes del Dr. Hysern son estas: colgajos mayores que las superficies cruentas ó que los órganos que han de rehacer; colgajos en los cuales entran fibras musculares; y por último, que la torsion de su pedículo sea menor de 90°, de manera que no es fácil quo se gangrenen por compresion de los vasos que mantienen su nutricion.

Se ha recomendado un procedimiento ingeniosamente ideado por Blandin, si bien no cumple *sino á medias* con las pretensiones que abrigaba su autor, Blandin queria, no solamente reconstituir el párpado superior, si que tambien las pestañas; al mismo tiempo que el nuevo órgano tuviese fibras musculares, vasos suficien-

tes y que el pedículo no sufriese torsion alguna para garantir por completo la vitalidad.

¿De dónde habia de sacarse un colgajo que reuniese tan múltiples y útiles condiciones? Solamente de la region superciliar, y las pestañas serian los pelos más altos de las cejas, por cuyo punto —para comprenderlos—habia de pasar la incision inferior que limitase el colgajo, el cual debia estar constituido por dos incisiones curvilíneas y concéntricas, unidas por su extremo interno, circunscribiendo en el opuesto —externo—el pedículo ó base del colgajo.

Las fibras musculares saldrian del superciliar; los vasos de la temporal superficial anterior; y el pediculo no sufriria torsion alguna para garantir la vitalidad.

El procedimiento de Blandin es muy aceptable y muy práctico; solamente que no comprenderíamos nunca en el colgajo la fila de pelos de las cejas; 1.º porque dichos pelos se dirigen hácia abajo y afuera, y las pestañas hácia adelante formando una verdadera curva; 2.º porque los pelos están implantados á distintas alturas, y no en la misma línea como debiera ser para sustituir á las pestañas; 3.º porque son pelos pequeños los que existen hácia la parte superior é incapaces de *representar la nueva mision* para que se les destinarian.

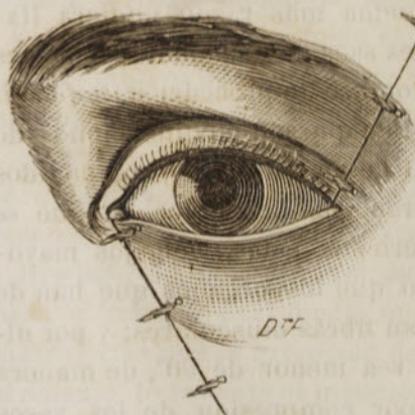


Fig. 253.

Suturas en el proceder de Burow.

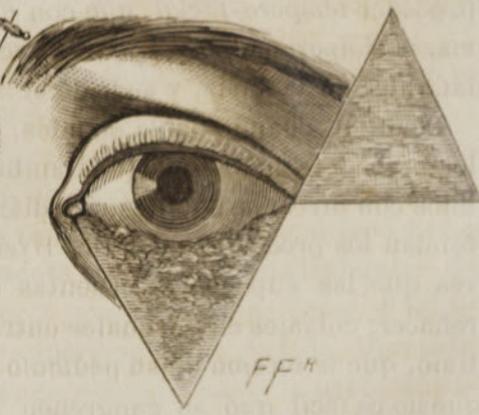


Fig. 254.

Superficies cruentas y colgajo en el proceder blefaroplástico de Burow.

Entre los procederes del último grupo estan incluidos los de Denonvilliers y Burow. El primero tiene su verdadera aplicacion cuando existe un ectropion de la parte externa del párpado infe-

rior que, á consecuencia de una cicatriz, tire hácia abajo de la comisura, alterándose considerablemente la fisonomia y quedando el globo del ojo sin la proteccion necesaria.

Para estos casos recomienda Denonvilliers lo siguiente: circunscribir angularmente por medio de dos incisiones la causa del ectropion excindiéndolo, y de la parte superior y externa de la ceja, trazar un colgajo en direccion oblicua que, sin torcion del pediculo, venga á cubrir la superficie cruenta, suturando los bordes de la solucion de continuidad, correspondientes al punto en donde se sacó el colgajo que se transplante. Como se sustituye el tejido cicatricial con otro no retráctil, y la disposicion del colgajo empuja hácia arriba la comisura externa, desaparece la deformidad.

El proceder de Burow se emplea más generalmente en los epitelomas del párpado inferior, y se practica en esta forma: se excinde éste, mediante dos incisiones que formen un ángulo de

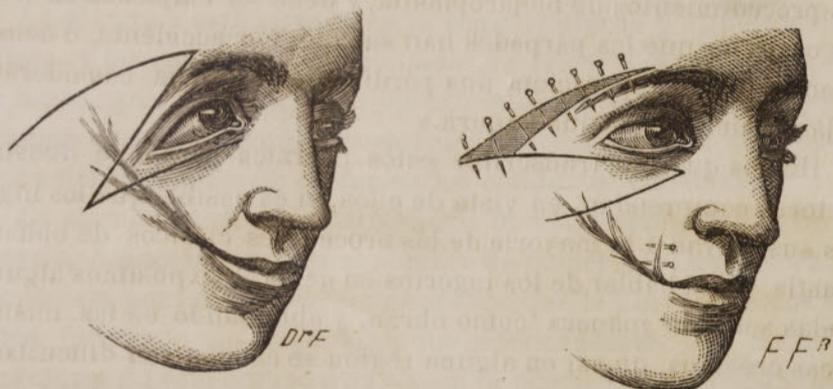


Fig. 255. Proceder hlefaroplástico de permuta. (Denonvilliers.)

vértice inferior que, con el reborde orbitario, constituyen un triángulo de base superior. Hecho esto, se disecciona un colgajo de la region externa con la base inferior, de la misma figura y extension que la superficie cruenta que se procura rellenar. Se disecciona toda el área del colgajo y se trae hácia abajo y adentro para cubrir toda la parte que se pretende reconstituir, se aplican los puntos de sutura y han de quedar dos cicatrices lineales aparentes: una que, partiendo de la comisura interna, se dirige hácia abajo y afuera, y la segunda, que toma origen en la comisura ex-

terna, debe dirigirse hácia arriba y afuera por la *cola de la ceja* y límite anterior de la region temporal.

Otro de los medios de anaplastia en los párpados consiste, en los ingertos epidérmicos y dermo-epidérmicos. Wecker, Ollier y algunos otros oculistas lo han empleado, dándole á este método una importancia que creemos un poco exagerada; pues es mucho más fácil recurrir á los procederes blefaroplásticos de deslizamiento ó torsion, porque en ellos hay más garantías de éxito que con la *epidermizacion* ó *dermizacion* que se emplee.

El Dr. Wecker en los *Annales d'Oculistique belges* demostró las principales indicaciones del método que hemos señalado.

«1.º El ingerto debe ser empleado en las quemaduras de los párpados ó de las partes próximas que determinen heridas supurantes, cuya viciosa cicatrizacion amenace deformar ó dislocar los párpados. 2.º En los casos de entropion parcial ó total, producido por la retraccion de la cicatriz viciosa de las partes próximas. 3.º Puede reemplazar ventajosamente la mayor parte, sino todos los procedimientos de blefaroplastia, y debe ser empleada en todos los casos en que los párpados han sufrido, por accidente, ó consecuencia de una operacion, una pérdida de sustancia considerable dejando una herida que supura.»

Hemos querido transcribir estos párrafos para que nuestros lectores comprendan, en vista de ellos, si es posible que los ingertos sustituyan á la mayoría de los procederes clásicos de blefaroplastia. Ya al hablar de los ingertos en general, expusimos algunas dudas sobre la manera como obran, y abundando en las mismas ideas creemos, que si en alguna region se encuentran dificultades para aplicar estos medios, ciertamente que no serán tantas como en los párpados. Y no se nos diga que en dichos tejidos hay más vitalidad, como exponen algunos, porque esto no influye sobre el modo especial de vivir de la célula transplantada.

LECCION LXII.

Datos anatómicos referentes á la glándula lagrimal.—Indicaciones y procedimientos que se emplean en la extirpacion de dicha glándula.—Disposicion anatómica de los puntos y conductos lagrimales.—Operaciones que sobre ellos se practican.—Datos anatómicos que son indispensables para operar sobre el saco lagrimal y conducto nasal.—Procederes operatorios que se emplean sobre estos receptáculos para curar las obstrucciones, tumores y fistulas que se forman en dichos puntos.

Diversas operaciones se practican sobre la glándula y demás órganos que componen el aparato lagrimal para curar ciertos afectos bastante frecuentes en dichos puntos, por cuyo motivo son conocidos desde muy antiguo.

En el aparato lagrimal hay que estudiar la glándula, los puntos y conductos lagrimales, saco del mismo nombre y conducto nasal.

La glándula está situada en la region externa y superior de la órbita, y los conductos mencionados en la parte interna é inferior; de modo, que se encuentran en extremos opuestos, y esto por sí implica que las lágrimas han de lubricar toda la parte anterior del globo del ojo, ántes de entrar en los conductos lagrimales.

La glándula tiene dos partes: una llamada orbitaria y otra accesoria, conocida ésta con el nombre de palpebral. La primera está recubierta por un estuche aponeurótico que la limita en todos sentidos formando un departamento independiente. Los conductos secretores de este órgano atraviesan la porcion accesoria, la cual, á su vez, tiene tambien otros conductos de la misma especie, desembocando todos ellos en el fondo de saco de la conjuntiva.

Dicho cuerpo glandular tiene una arteria procedente de la oftálmica, y un filete nervioso que emite la rama superior del trigémino.

Las operaciones que se verifican sobre la glándula lagrimal se reducen principalmente á la extirpacion, empleando en ellos diversos procedimientos operatorios; pero ántes de entrar en este estudio, queremos apuntar alguna de las indicaciones principales que cumplen estas maniobras quirúrgicas.

La glándula lagrimal puede ser asiento de ciertos cálculos que toman el nombre de *dacriolitos* y que, obrando como verdaderos

cuerpos extraños, producen fenómenos flecmásicos que reclaman con urgencia la operacion.

Tambien los tumores malignos pueden degenerar la glándula, y el cirujano debe proceder cuanto ántes á la extirpacion del órgano, porque en el primer período el afecto está limitado por el estuche aponeurótico que rodea á el cuerpo glandular; pero una vez rebasados los limites por el desarrollo de la enfermedad, comunica con el departamento posterior de la órbita, en cuyo punto la propagacion se facilita mucho por la constitucion anatómica de la parte.

Un profesor inglés, el Dr. J. S. Laurence, presentó una Memoria en el Congreso oftalmológico de Paris, en 1867, cuyo trabajo contenia la historia de veinte observaciones de enfermos, operados de dicha extirpacion, para curar las afecciones de las vías lagrimales. Este método, tal cual le denominaba el oculista de Lóndres, era ya antiguo, y á más, estaba desechado de la práctica general.

Refiérese, que P. Bernard y Textor lo habian empleado: en efecto, el primero de dichos cirujanos habia presentado un Opúsculo á la Academia de Ciencias de Paris, en el año 1843, intitulándolo: *Memoria sobre un nuevo medio de curar las fistulas lagrimales y los lagrimeos crónicos reputados incurables*; y Textor (de Würzbourg) practicó dicha operacion en un caso de intenso lagrimeo.

Con motivo de la Memoria del profesor inglés, hubo una discusion en dicho Congreso sobre los mejores medios para curar el tumor y fistula lagrimal, en que tomaron parte los oculistas españoles Cervera, Carreras Aragón y Delgado Jugo.

Tres procedimientos quirúrgicos se han empleado para la extirpacion de la glándula: el recomendado por Velpeau, el de Halpin y el ordinario. El primero consiste en dilatar la comisura palpebral, disecando entre la piel y la mucosa para extraer las dos porciones de la glándula.

Este proceder ofrece el inconveniente, de que tiene que disecar mucho para llegar sobre la porcion orbitaria del órgano, y á más, el desagüe de los líquidos patológicos viene á caer sobre el *átrio* conjuntival, lo cual puede dar ocasion á irritaciones oculares.

En el proceder de Halpin se hace una incision en la parte externa y media de las cejas, disecando los tejidos hasta poner al descubierto la glándula lagrimal.

El objeto de incidir en el sitio que lo hacia Halpin, obedecia á

el motivo de ocultar la cicatriz entre los pelos de la ceja; pero esta pequeña ventaja no está compensada en manera alguna con los inconvenientes de semejante manera de proceder, que ocasiona mayor traumatismo y deja un fondo de saco en la superficie cruenta, haciendo muy difícil el desagüe para los líquidos patológicos que se formen en dicho sitio.

Finalmente, el procedimiento ordinario parece ser el más favorable, y consiste en incidir en el fondo del repliegue cutáneo órbito-palpebral, cuyo punto corresponde directamente á el sitio de la glándula. La operacion se practica de la siguiente manera:

Se ponen en tension los tejidos, y con un bisturí de hoja estrecha se dá un corte curvilíneo muy cerca del reborde orbitario, apartando capa por capa hasta llegar sobre la aponeurosis que limita la glándula por la parte anterior. Una vez en este sitio, se mantienen entreabiertos los labios de la herida mediante unos ganchos romos, y con una pequeña tijera curva sobre el plano se separa la parte más alta de la glándula, que es convexa, hasta ponerse en relacion con la aponeurosis, limitada por la parte posterior.

Separando algun tanto el cuerpo glandular, se incide con cuidado la cara inferior, que es cóncava, hasta extraer completamente el órgano.

Como quiera que queda un hueco comprendido por pequeñas paredes aponeuróticas, creen algunos cirujanos que la reunion primitiva es muy difícil de obtener, é impulsados por este temor, rellenan el sitio que ocupaba la glándula con hilas fenicadas, cuya aplicacion repiten varias veces hasta obtener la reunion secundaria.

Nosotros creemos, que es más ventajoso colocar dos ó tres cuerdas de catgut ó cerdas de caballo que, al mismo tiempo que sirven de estímulo cicatricial, obran como un buen medio de desagüe quirúrgico, sin impedir por ello, que el cirujano aplique los puntos de sutura que crea necesarios, para conseguir la cicatrizacion inmediata, en la mayor parte de las superficies cruentas.

Hemos dicho ántes, que en la comisura interna palpebral existian dos aberturas, llamadas *puntos lagrimales*; siendo el superior, más interno y estrecho que el inferior, el cual está colocado más exteriormente, y tiene mayor calibre, midiendo la tercera parte de un milímetro.

La disposicion de estos puntos es ventajosa para que las lágrimas tengan fácil entrada en los conductos lagrimales; mas si por una flecmasia de la conjuntiva, ó por una deformidad de los párpados se altera la direccion de dichas aberturas, los líquidos, en vez de recorrer su camino normal, se derraman por la mejilla constituyendo el sintoma conocido con el nombre de *epifora*; la cual obedece en otros casos á flegmasías y obstrucciones del saco lagrimal y conducto nasal.

Desde estas aberturas á el saco lagrimal, están extendidos dos conductos acodados, que se reunen en uno solo ántes de abrirse en el saco donde terminan; de manera que el cirujano debe tener muy presentes la direccion de éstos órganos para practicar la dilatacion de ellos, el cateterismo ó la incision de los mismos.

Al final de dichos conductos, encuéntrase un receptáculo, cuya forma, como dice muy bien Tillaux, recuerda la disposicion del ciego intestinal. Este receptáculo está colocado en una depresion limitada por dos crestas óseas, de las cuales la primera corresponde á la apófisis ascendente del maxilar superior, en cuyo punto se inserta el tendon directo del músculo orbicular. La segunda, es propia del hueso unguis y en ella toma insercion la porcion refleja del músculo anterior, formando entre las dos una \sphericalangle horizontal, como hemos dicho ya, al hablar de los párpados.

Es conveniente para el cirujano, conocer exactamente la direccion y dimensiones del tendon directo y del saco lagrimal. El tendon, colocado horizontalmente, tiene unos tres á cuatro milímetros de ancho y viene á representar la base de un triángulo que pudiéramos denominar *pre-lagrimal*. Este está constituido en la forma siguiente: la base, por dicho tendon, el lado interno por el reborde orbitario y el externo por la prominencia que forma el globo ocular. El área del triángulo corresponde á el saco lagrimal; y en este punto es donde se practican las funciones sobre dicho órgano.

La direccion del saco lagrimal es oblicua de arriba abajo y de adelante atrás; formando con una linea horizontal un ángulo de unos 45.º cuyo seno está dirigido hácia adelante.

La longitud del receptáculo lagrimal viene á estar representada por unos 12 milímetros y su anchura mayor unos 6 milímetros.

Cuando existen obstrucciones en el extremo inferior del saco lagrimal ó conducto nasal, la parte superior del saco se vá dilatando gradualmente hasta adquirir grandes dimensiones; y como dicha

dilatacion progresa por los puntos en que no hay obstáculos, se forma una especie de tumor en figura de *calabaza de peregrino*, cuyo istmo corresponde al tendon del orbicular. Por la disposicion anatómica anterior se explica el porque las cauterizaciones, al destruir el saco por los procederes ordinarios, suelen dejar integra la parte superior ó *cúpula del saco lagrimal*, donde se depositan los líquidos que vuelven á ensanchar dicha cavidad, y en muchos casos se reproduce, no solamente el tumor, sino hasta la fistula.

A la terminacion del saco lagrimal toma origen el conducto nasal. Este desemboca á tres centímetros por detrás del ala correspondiente de la nariz y á un centímetro, posteriormente, de la extremidad anterior de la *primera concha nasal*.

El conducto anterior mide tres milímetros en el diámetro ántero-posterior y dos en el transversal. Para tener presente su direccion, basta fijarse en la oblicuidad de la pared externa de las fosas nasales, y en que además, describe una lijera curva de concavidad posterior.

Los puntos, conductos y saco lagrimal, así como el conducto nasal están revestidos interiormente de una mucosa, por la cual se propagan las flegmasías oculares y nasales que, al producir la tumefaccion, obstruyen el conducto.

Tambien existen diversos repliegues mucosos ó válvulas, que representan un papel importante en la explicacion del paso de los líquidos, pero que el cirujano hace caso omiso de aquellas, al emprender las operaciones que se recomiendan sobre dichos conductos.

Los afectos que reclaman la intervencion quirúrgica son principalmente: la obstruccion, el tumor y fistula lagrimal.

El primero de dichos efectos se puede curar por medio de las sondas, de Bowman. Estas son de varios calibres, empezándose por usar el número 1.^o, y se vá subiendo en la escala hasta que el conducto queda suficientemente ancho.

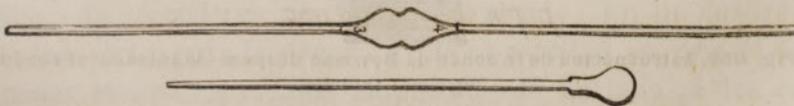


Fig. 256. Sonda de Bowman y estilete.

Galezowski habia modificado las sondas estrechándolas un poco cerca de sus extremos, para que estos quedasen ligeramente oliva-

res. Esta modificación no tiene importancia alguna, pues en los números primeros quedan los cuellos de las sondas tan delgados que se pueden doblar con facilidad.



Fig. 257. Sonda de Weber.

Mas ántes de sondar, es conveniente ensanchar los conductos lagrimales, ó incindirlos con el cuchillito de Weber. Este instru-

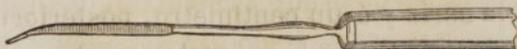


Fig. 258. Cuchillito de Weber para incindir los conductos lagrimales.

mento presenta una hoja estrecha y ligeramente encorvada con un boton en el extremo.

Para practicar la incision de los conductos (casi siempre se



Fig. 259. Introduccion de la sonda de Bowman despues de incindir el conducto lagrimal inferior.

hace la operacion en el inferior) se introduce el cuchillito por el punto lagrimal, se pone tenso el conducto tirando del párpado hácia fuera; entónces se debe correr el instrumento hasta que el bo-

ton entre en el saco lagrimal, y, siguiendo en tension los tejidos, se levanta en forma de arco de circulo el cuchillete, quedando abierto el conducto en figura de canal.

Practicada esta operacion preliminar se pueden emplear las sondas, las inyecciones, los sedales, etc.

Cuando el tumor lagrimal contiene gran cantidad de pus y es inminente una rija, ó bien, cuando sea necesario establecer una fistula para emplear por ella la introduccion de medios quirúrgi-

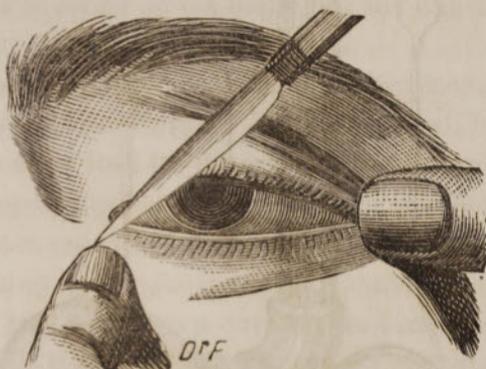


Fig. 260. Puncion del saco lagrimal por el proceder de Petit.

cos, como sondas, clavos etc., se verifica la operacion de Petit, ó sea la puncion del saco lagrimal. Esta se hace del modo siguiente: se estiran los párpados hácia fuera para que forme prominencia el tendon del orbicular; entónces el cirujano tantea y reconoce el área del triángulo, que ántes hemos indicado, y con un bisturí de hoja estrecha se hace la puncion, llevando el instrumento oblicuamente de arriba abajo y un poco de fuera adentro y de adelante atrás, hasta penetrar dentro de la cavidad.

Muititud de procedimientos se han recomendado para curar la fistula lagrimal, sobre los cuales haremos una ligera reseña. Si es verdad en Cirujía que una afeccion es más ó ménos rebelde segun el número de medios propuestos para curarla, casi habia que considerar á la fistula lagrimal como incurable, al ver el largo catálogo de procederres que se han empleado. En un cuadro bastante completo, para la época en que se escribió, expone el doctor Martinez Molina los medios empleados de antiguo, á los cuales añadiremos nosotros los recomendados en la época moderna. *Medios empíricos*: si hay solo tumor lagrimal, la compresion (Dionis); si existe fistula, la cauterizacion (Pareo). *Medios racionales*: res-

tablecer las vías naturales. Y entre los procederes para conseguir el objeto, se cuenta el cateterismo por los puntos y conductos lagrimales (Anel), el cual usa las inyecciones con la jeringa que lleva su nombre.

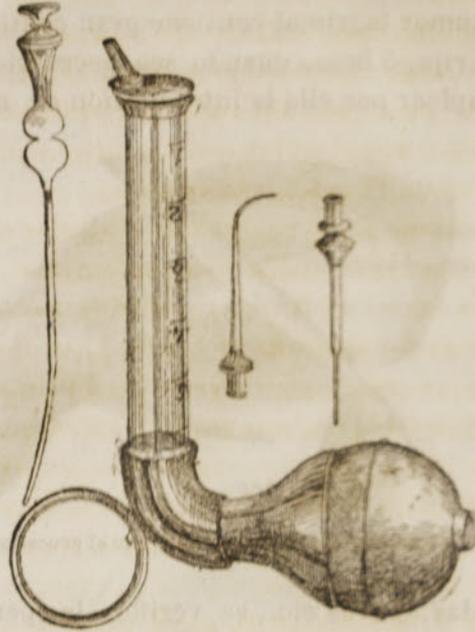


Fig. 261. Jeringa de inyecciones del Dr. Carreras Aragó.

Muchos son los líquidos que se han propuesto para inyectarlos, y modificar la mucosa de las vías lagrimales, desde el agua tibia hasta las sustancias más excitantes. También se propuso el cateterismo por las fosas nasales por los procederes de Laforest y Gensoul, de Lyon; pero la disposición en que se encuentra la extremidad inferior del conducto nasal con relación á dichas fosas, hace que tales maniobras sean de difícil ejecución y de algun peligro; por lo cual están fuera de la práctica.

Otro de los medios es la dilatación gradual y brusca. Desechado éste también por ser muy perjudicial (1), dividiremos los otros procedimientos en varios grupos.

(1) La parte membranosa del conducto nasal y saco lagrimal tiene muy pocas adherencias con el conducto óseo; y así se explica los numerosos pliegos que tiene en algunos sujetos: así como también, el deslizamiento de que es susceptible dicha membrana. Cuando con un instrumento se empuja la

Dilatacion por las vias naturales, Mejean y Cabanis; por una vía artificial (temporal), procederes de Petit, Dessault, Pamard, Fournier, Scarpa y Richet; por una vía artificial (permanente), Dupuytren.

Tambien se ha recomendado el crear vías artificiales para dirigir las lágrimas á las fosas nasales (Wolhouse), al seno maxilar (Laugier), á lo largo del conducto nasal obliterado (Walthen).

Existen otros procederes antiguos que no tienen más valor que el histórico, pues muchos de los mencionados han sido ventajosamente sustituidos en la práctica moderna.

Uno de los motivos por el cual se han multiplicado tanto los procedimientos para tratar el tumor y fistula lagrimal, ha sido sin duda el no conocer con exactitud las diferentes formas con las causas correspondientes que originaban la afeccion. Es evidente que los procederes quirúrgicos en completo divorcio con los afectos que trataban de curar, habian de producir necesariamente malos resultados, y una fistula que hoy se hubiera curado con una simple inyeccion ú operacion sencilla de otra índole, entónces se trataba por multiplicados medios, sin que se obtuviese otra cosa que el producir intensas inflamaciones en la generalidad de casos, como sucedia con los célebres clavos de Scarpa y Dupuytren, que afortunadamente ván desapareciendo, ó han desaparecido (mejor dicho) de las Clínicas oftalmológicas. Es indudable que el verdadero diagnóstico de dichas afecciones ha contribuido poderosamente, en la Operatoria, imprimiendo un gran progreso en el adelanto de esta parte de la Oftalmología. Fundados en estos preliminares, indicaremos los medios que más generalmente se han empleado.

Las inyecciones cumplen un fin muy racional, y práctico y suelen aplicarse aunque haya fistula lagrimal y ántes de que exista. Se ha usado la tintura de yodo por Forget y Jano en la dacriocistitis, en 1854. El oculista de Cádiz, Dr. Toro, ha establecido una série de reglas en los diferentes estados de la afeccion que nos ocupamos y vamos á transcribir. Si se trata de una dacriocistitis mucosa ó parenquimatosas, practica varias inyecciones en los conductos lagrimales (el inferior generalmente), y para facilitarlas es preciso ensanchar algo dicho conducto, y en algunas ocasiones, dilatarlo

mucosa, si la impulsión es muy considerable se rasga la membrana en diferentes direcciones. Por estos motivos la dilatacion brusca está deseçada.

con el cuchillo de Weber. Estas inyecciones son de tintura de yodo diluida en agua, ya adicionada con yoduro de potasio, ó bien la tintura de yodo pura. En este último caso, para que la tintura que pueda salir por el punto lagrimal superior no cause grave daño al ojo, procede el Dr. Toro del siguiente modo: carga con agua fria el cliso-bomba de Fano, y de tintura de yodo la jeringuilla de Anel, introduce la cánula de ésta por el conducto lagrimal, y una vez hecho esto, encarga á un ayudante, que manteniendo separados con una mano los párpados del enfermo, dirija con la otra el chorro continuo del cliso-bomba sobre el lagrimal del ojo; de manera, que apenas aparezca alguna gota de tintura por el punto lagrimal superior, se diluya en el agua, y no ofenda en lo más mínimo la conjuntiva óculo-palpebral.»

En los casos de rija en que la obstruccion es evidente, usa el cateterismo de Bowmann aislado ó combinándolo con las inyecciones yodadas; y sólo en rarísimas ocasiones se vé precisado á recurrir á la cauterizacion del saco lagrimal, cuyo medio cree que no destruye dicha cavidad. Tambien se han usado en la blenorrea del saco lagrimal, las inyecciones del licor Villate, por el Dr. Osio.

El Dr. Carreras Aragón en su Clínica Oftalmológica, dice al hablar del tratamiento de los afectos en las vías lagrimales, que aplica el método de Bowmann combinado con las inyecciones. Practica la dilatacion del conducto lagrimal superior ó inferior (segun los casos), con el cuchillete de Weber y emplea las sondas de Bowmann núm. 2 hasta el 4 y 5, rara vez llega hasta las más gruesas; y esta dilatacion la ejecuta de una manera gradual y paulatina, pues como la mayor parte de los oculistas españoles, el Dr. Carreras Aragón es enemigo del cateterismo forzado. Si persiste la blenorrea del saco, usa las sondas huecas inyectando líquidos astringentes, principalmente el nitrato de plata, sulfato de zinc ó tanino, en la proporcion de 1 á 5 por 100. Para esta clase de inyecciones se vale de la jeringa que lleva su nombre, la cual consta de un cilindro de cristal graduado en tres partes iguales y de cabida capaz para contener seis gramos.

Como los procedimientos españoles tienen para nosotros una particular importancia, no hemos querido tocar este asunto sin mencionar un porta-cáusticos para la destruccion del saco lagrimal, inventado por el oculista Dr. Lopez Ocaña, de Madrid.

Dicho instrumento—segun se describe en la *Revista de Medicina y Cirujia prácticas*—consiste en un cilindro hueco por el cual pasa un estilete que hace esprimir una esponja la cual vá empapada en el nitrato ácido de mercurio.

El Sr. Lopez Ocaña describe su procedimiento, diciendo: «Abierto el saco por su cara anterior con el cuchillete de Petit, se introduce, luego de terminada una pequeña hemorragia, un lechino de tamaño proporcionado á la dilatacion, hasta llegar al fondo de la herida, á cuyo nivel se corta dicho lechino de hilas, barnizado de cualquier sustancia grasa, y se le sostiene á beneficio de una planchuelita, y ésta, merced á un lijero monóculo ó un pedazo de tafetan.

«Al dia siguiente, despues de levantada la cura anterior y de secar perfectamente el fondo de la herida, con el auxilio de lechinos de hilas secas, se toma el porta-cáustico, impregnada ya la esponjita de nitrato ácido, y resguardada en el trozo de cilindro ensanchado, para lo cual se tira hácia arriba de la terminacion superior del estilete-aguja, se introduce en la herida hasta descansar en su fondo, y en este momento se empuja hácia abajo el estilete, dando vueltas á éste para que la esponjita bañe bien todos los ámbitos del saco lagrimal.

»Una inyeccion de agua fria, pasado un momento, para templar un tanto los efectos del cáustico, y curando, como ántes se dijo, todos los dias, al cuarto ó quinto se puede extraer la escara con una pinza de dos ó tres dientes, y al cabo de dos ó tres semanas se habrá operado la cicatrizacion completa.

»Si al tercero ó cuarto dia de extraida la escara sigue fluyendo alguna pequeña cantidad de pus, cuando se comprime con el dedo por encima ó por debajo del tendon del músculo orbicular, será necesario repetir la cauterizacion, porque la secrecion aquella revela que la primera ha sido insuficiente; y á este fin, y aún cuando esto sucede contadas veces, he hecho construir un porta-cáustico número 2, igual, pero menor en calibre que el prece dente, y con él se evita aquella contingencia, que sólo prolonga unos dias la curacion, siempre que se cuide de que toque la esponja empapada en nitrato, el punto que quedara primitivamente sin cauterizar.

»Con objeto de que el cáustico penetre bien desde luego en la cara posterior y parte superior del saco, convendrá cuando el instrumento está apoyado en el fondo de la herida separarle un poco

para que al empujar el estilete hácia abajo, haya campo bastante por donde pasearle libremente.

»Una ligera capa de barniz Sennó, con que el autor reviste la parte del instrumento que ha de estar en contacto con el cáustico, impide que éste obre demasiado sobre el metal de que aquél se compone, y por lo ménos se logra de este modo mantenerlo limpio, lo cual no se conseguiria descuidando este detalle.

»Se limpia diariamente la herida, se reducen poco á poco los lechinos para disminuirla gradualmente, y en la totalidad ó casi totalidad de los casos se consigue una curacion rápida y completa.»

Para concretar podemos decir: que los procederes antiguos no cumplen hoy indicacion alguna; y que como operacion preliminar, es conveniente (para obrar de un modo más inmediato sobre el saco y conducto nasal) dividir los puntos y conductos lagrimales especialmente el inferior, con el cuchillete de Weber.

Cuando exista un flemon lagrimal la abertura del saco es sumamente ventajosa, practicándola como hemos manifestado anteriormente. Las inyecciones, el cateterismo de Bowmann, y en último caso, la destruccion del saco y conducto son los métodos operatorios que reúnen hoy mejores condiciones.

Para combatir el tumor ó fistula lagrimal debemos guiarnos en el tratamiento por la indicacion etiológica y no emplear sistemáticamente como hacen muchos oculistas un proceder determinado en todas ocasiones; así en presencia de un enfermo de esta especie debemos plantear las siguientes cuestiones: ¿Cuál es la causa del padecimiento? ¿En qué período se encuentra? y una vez sentadas estas premisas, valorar las ventajas é inconvenientes de los diversos métodos para deducir cuál es el que está mejor indicado.

Supongamos que se trata de un catarro del conducto nasal; la mucosa de éste como está poco adherida al hueso y el calibre de dicho conducto no mide sino dos milímetros transversalmente, y tres en sentido ántero-posterior, al venir la tumefaccion inflamatoria, se obstruye el conducto y las lágrimas quedan detenidas. ¿Qué debemos hacer en este caso? Creemos que la aplicacion de las sondas de Bowman tienen su verdadera indicacion: tanto más, cuanto que dichos catarros afectan una forma tórpida y suelen presentarse en individuos que tienen el conducto más estrecho que lo ordinario, debido á la configuracion del esqueleto de la cara. Si no, véase como en muchos sujetos que padecen esta clase

de afectos tienen un poco hundida la parte superior de la nariz y bastante distante la comisura palpebral interna de un ojo de a del opuesto. Así como también, estos tienen algunos síntomas de escrofulismo; cuya discrasia se revela en ellos ó en sus familias.

Las sondas de Bowman cumplen aquí dos indicaciones. 1.^a Desobstruir el conducto para que las lágrimas no se estanquen, y se alteren en su composición ocasionando en las paredes de la parte (que está encima de la obstrucción) fenómenos irritativos. 2.^a Provocar una reacción flecmásica franca en la mucosa, para que se reabsorban los exudados y venga la resolución.

En un período más avanzado, y cuando la secreción mucopurulenta reviste un carácter puramente pasivo, están también indicadas las sondas de Bowman; del mismo modo, que en ciertas estrecheces uretrales, con flujos verdaderamente blenorragicos producen un buen efecto los cateterismos graduales. ¿Cómo se explica esta acción? Sin perjuicio de extendernos en más amplias consideraciones, cuando de la uretra nos ocupemos, vamos á exponer nuestra opinión sobre este punto:

Sabido es, que ciertos flujos mucosos de carácter crónico, duran muchísimo tiempo, debido á la atonía consecutiva de la mucosa que llega á producir ese estado pasivo tan rebelde á toda clase de tratamiento. En estos casos, los cuerpos extraños (sondas), sin despertar fenómenos flecmásicos de excesiva intensidad, reaniman la vitalidad de los tejidos, colocándolos en condiciones abonadas para una curación pronta y radical. De este modo comprendemos los efectos de las sondas de Bowmann en estos estados del saco y conducto lagrimal.

Las inyecciones tienen razón de ser en los flujos pasivos, mucho mejor que cuando la flecmasia es aguda, en cuya fase algunos cirujanos justifican semejante proceder, manifestando que obran aquellas como medios terapéuticos sustitutivos, es decir, cambiando la condición flecmásica *específica* por otra de índole y naturaleza *franca*, provocada por el contacto de los líquidos que se inyectan.

Algunas veces hemos usado las inyecciones. No hace mucho tiempo empleamos las de yodo de la manera que las describe el doctor Toro, y no hemos obtenido ventaja alguna.

La cauterización del saco es el medio más eficaz y enérgico, y

por lo mismo sólo debemos emplearlo cuando hayan fracasado otros que se hubiesen puesto en práctica anteriormente.

LECCION LXIII.

Tratamiento quirúrgico de las granulaciones palpebrales.—Extracción de los cuerpos extraños.—Extirpación de ciertas neoplasias.—La sindectomia: su objetivo quirúrgico; oportunidad de su empleo y manera como se practica.—Tratamiento quirúrgico del pterigion.—Datos anatómicos sobre la córnea.—Tratamiento quirúrgico de los abcesos de la córnea.

Diversas operaciones se verifican en la conjuntiva, tanto palpebral como ocular (de ellas hemos mencionado algunas que se relacionan con deformidades palpebrales), sobre las cuales haremos una sucinta descripción, señalando tan sólo aquellos puntos que, á nuestro entender, merezcan más predilección.

Padece la conjuntiva palpebral ciertas granulaciones, sobre cuya naturaleza se han sustentado las más constantes controversias. Dichas granulaciones, verdaderas hipertrofias papilares con las células de epitelio necesarias, obran sobre el globo del ojo cual si fuesen cuerpos extraños, que rozando la córnea, la deslustran, ocasionando sensaciones especiales en los pacientes, que estos comparan á la impresion que les causaria si tuviesen llenos los ojos de granos de arena ó espinas. El mirar de estos enfermos y la fisonomia especial que presentan es bastante característica, motivos por los cuales el diagnóstico no ofrece dificultades de ningun género. Decimos esto, porque en más de una ocasion hemos podido ver enfermos de esta especie, que, desde muchísimo tiempo y despuesde haber usado los más variados colirios, no se les *habia levantado el párpado!* para ver la causa productura del estado patológico.

Estos motivos nos impulsan á recomendar eficazmente, como operacion preliminar, un reconocimiento todo lo más escrupuloso posible, al par que lo menos molesto, cuando se trate de operaciones sobre el aparato visual. Nosotros siempre recordaremos, que fuimos llamados para ver á un enfermo en consulta, el cual padecia una quérato-conjuntivitis, y para cuyo tratamiento se habian empleado los antiflogísticos, sin descuidar *tres sangrias* que ya lle-

vaba el enfermo cuando le vimos por vez primera. Reconocido el globo ocular con las precauciones consiguientes, dada la gran inflamacion que existia, pudimos observar un pequeño fragmento puntiagudo de madera, tan fino, que parecia una espina, y que se habia clavado en el ojo sin que el enfermo lo hubiese notado.

Conocida la causa, procedimos á la extraccion sin trabajo alguno, y el enfermo curó en muy pocos dias, bastando tan sólo un ligero colirio astringente. El Dr. Martinez refiere un hecho análogo, en que el enfermo padecia una conjuntivitis intensa por la introduccion de un filamento de la caña de trigo.

El tratamiento quirúrgico que se emplea en las granulaciones palpebrales son las escarificaciones, las que están indicadas cuando aquellas se presentan muy vasculares y rojas, lo que corresponde al primer período, y no en el segundo, porque en este caso han sufrido ya la metamorfosis regresiva, presentando el párpado un aspecto amarillento, debido á las células de tejido adiposo.

Para verificar las escarificaciones se emplea el cuchillete de Desmarres, ó bien, un bisturí convexo; se invierte el párpado, y se pasa el filo del instrumento repetidas veces, y de una manera paralela á el borde palpebral, recargando más los pequeños cortes en aquellos puntos en que existen mayor número de granulaciones. Una vez hecha esta primera parte de la operacion, se practican otras nuevas escarificaciones que, cruzando las primeras, formen una verdadera red.

Desde los primeros cortes empieza á salir la sangre, la cual tiene la propiedad especial de coagularse con una gran rapidez; sobre cuya condicion insistia mucho el Dr. Delgado Jugo, en una conferencia que, á instancias nuestras, dió en el Instituto Oftálmico de Madrid. Estas maniobras se repiten cada tres ó cuatro dias hasta tanto que desaparezcan los rozamientos sobre la córnea, que tan perjudiciales son para esta membrana.

El procedimiento quirúrgico expuesto tiene mayores ventajas, á nuestro modo de ver, que esas cauterizaciones enérgicas que algunos oculistas emplean, y que, sin producir la curacion, ocasionan á la larga, mediante las cicatrices que provocan, un entropion del párpado.

Suelen estacionarse en la conjuntiva cuerpos extraños que, por su contacto con la mucosa dispiertan flecmasias que se extienden por todo el átrio conjuntival. La glándula lagrimal segrega en un

principio abundante líquido, cumpliendo con la misión fisiológica que desempeña para expulsar el cuerpo extraño. Cuando esto no tiene lugar, es porque suele estacionarse aquél en los fondos de saco óculo-palpebrales, en donde producen una tumefacción fungosa que concluye por aprisionarlo.

La operación que hay que poner en práctica para la extracción de estos cuerpos extraños consiste, en un reconocimiento minucioso intra-palpebral, pasando un pequeño estilete ó cucharilla por los repliegues, para ver si se encuentra la causa de la inflamación.

Esta maniobra es difícil en algunos individuos, los cuales toleran muy mal esta clase de reconocimiento, especialmente los niños, para quienes aconsejan Wecker y otros, que cuando no se pueda ejecutar el exámen, se les administren los anestésicos.

Algunos oculistas antiguos habían propuesto la idea de sacar los cuerpos extraños metálicos por la influencia de una barra de acero perfectamente imantada. Dicho procedimiento, más que operatorio, parecería un ejercicio de Física recreativa. ¿Cuánto mejor es sacar la partícula metálica que no el imantarla?

Es asienta la conjuntiva de grandes infiltraciones serosas, formando al rededor de la córnea un rodete, lo cual constituye un verdadero *quemosis*. Cuando éste es considerable, impide que los párpados puedan cubrir bien la parte de globo ocular correspondiente, para lo cual deben usarse escarificaciones, que son muy necesarias y convenientes, para que saliendo la serosidad quede enjuta la conjuntiva y recobre su grosor natural.

Diversos tumores se implantan sobre la conjuntiva y necesitan un tratamiento quirúrgico. Entre estos cuéntase la *pingüecula* que no viene á ser otra cosa, en último análisis, que un pequeño *lipoma* constituido por células de tejido adiposo. El procedimiento que se emplea, es la excisión, mediante unas finas pinzas de dientes de raton y unas tijeras finas, curvas sobre el plano.

Los *dermoides*, los *quistes* y otra clase de neoplasias se operan por el mismo procedimiento, procurando, cuando posible sea, cubrir la superficie cruenta con un colgajo conjuntival para asegurar la reunión primitiva.

Entre los tumores raros de la conjuntiva debemos incluir uno que nosotros operamos en Alora, cuya observación publicamos en la *Revista de Ciencias Médicas*. «En Agosto de 1880 pudimos ver

en nuestra consulta, un niño de tres á cuatro años de edad, de regular constitucion y temperamento linfático tórpido, sin que hubiese nada digno de anotar, tanto en sus antecedentes hereditarios como individuales.

Este niño habia nacido con un pequeño tumor en la parte interna de la conjuntiva ocular del ojo derecho: en la region comprendida entre la carúncula lagrimal y borde de la córnea.

El tumor crecia lentamente, y cuando lo pudimos observar tendria el tamaño de una gruesa *lenteja*.

Como dicho afecto impedia cerrar los párpados en la parte interna, provocando este estado inyecciones conjuntivales por la falta de proteccion, nos decidimos por disecarlo.

Mas ántes de proceder á la operacion, intentamos formar el diagnóstico (que á decir verdad, todavía no estamos seguros sobre la naturaleza de dicho tumor). Este no se deprimia por el contacto y la presion de los dedos, ni se aumentaba por fuertes espiraciones, teniendo el enfermo, la boca y la nariz completamente cerradas. Tampoco variaba de coloracion, presentando siempre el color *gris súcio* que le era permanente. ¿De qué se trataba en este caso? ¿Podia ser un tumor enfisematoso por rotura de la conjuntiva ó del *saco lagrimal*? Los caracteres de dicho afecto no estaban en consonancia con el diagnóstico anterior.

No era posible pensar en que fuese la hérnia de alguno de los tumores intrínsecos del ojo, porque al comprimir el tumor, el *contenido* hubiese sido rechazado hácia el interior del globo ocular produciendo fenómenos de presion interna. Tampoco se notaban en el iris sintomas que indicasen el diagnóstico expuesto.

¿Seria un vicio de conformacion, constituido por la salida de la lente cristalina, durante el período fetal y ántes de unirse las membranas del ojo, constituyendo una afakia congénita? Esto parecia bastante probable, pero en el enfermo no se notaban los fenómenos que se manifiestan en un ojo afákico.

¿Pudiera haber sucedido que, así como se forma la catarata secundaria, una vez fuera la lente, se hubiese vuelto á reproducir ésta en sustitucion del cristalino ectópico?

Muchos motivos hay para pensar en ello, y los datos que resultaron de la operacion, venian á confirmar en parte estas sospechas.

¿Podria, quizás, ser un quiste dermoideo de paredes gruesas?

No era fácil de comprobarlo hasta tanto que se operase el tumor, por cuyo motivo dejamos en suspenso nuestro juicio hasta verificar la extirpacion y poder hacer un diagnóstico *á posteriori*.

En vista de todo lo expuesto, decidimos proceder á la operacion, toda vez que era el único medio indicado, la cual se verificó en los términos siguientes:

Sentado el niño en la falda de una tía suya, y en tanto que ésta y un ayudante le sujetaban bien, aplicamos el *oftalmostato de tornillo*. Separados convenientemente los párpados, disecamos con una tijera y pinza fina, la conjuntiva que recubria á el tumor. Puesto éste al descubierto, incidimos con una pequeña tijera de ángulo obtuso lateral, una membrana sumamente delgada, la cual parecia una verdadera cubierta envolvente, como una cáscara.

Levantada por la parte anterior la citada membrana, salió al exterior un tumor compuesto de una sustancia de consistencia casi sólida, hialina, de transparencia velada por un *gris perla* un poco claro y sin organizacion determinada, por la que pudiésemos comparar su textura á uno de esos tejidos compuestos.

Fuera ya el tumor, excindimos con la tijera la parte excedente de conjuntiva, aplicamos un colirio astringente y colocamos el apósito.

Al siguiente día se habia formado una ligera prominencia por el repliegue conjuntival y aplicamos la piedra de nitrato argéntico. En resúmen: al cabo de cinco ó seis días, el niño se encontraba perfectamente bien y sin deformidad alguna.

¿De qué afecto se trataba? Creemos que era una *ectopia* del cristalino, durante el periodo fetal; y despues debió venir la union de las cubiertas del globo ocular, y la reproduccion en el sitio correspondiente de la lente cristalina.

Cuando á consecuencia de flecmasias, la córnea se cubre de manchas vascularizadas han propuesto los oculistas (en casos extremos) recurrir á la *sindectomia*, á cuya operacion se la conoce tambien con los nombres de *tonsuras* ó *abrasion conjuntival* y *peridectomia*.

Dicho método operatorio, de origen antiguo, fué puesto en práctica por Furnari, en 1862, y aunque procuró generalizarlo no pudo conseguirlo, practicándose hoy la operacion en casos solamente excepcionales.