

»Despréndase la apófisis transversa de un solo golpe de gubia bien cortante, aplicado á su base, levántesela con una palanca ó pinza resistente y destrúyanse las últimas adherencias á la costilla con la punta del escalpelo.

»Sepárese el periostio de la costilla correspondiente, después siérrase ésta por una sección franca y limpia, al preciso nivel del periostio separado, con la sierra de Larrey, la sierra de cadena ó bien con la pinza cortante de Mathieu.

»La conservación del periostio tiene la doble ventaja de guardar la substancia osteógena y de proteger la pleura y los vasos que deben quedar ocultos. Si á pesar de todo en el curso de la operación la pleura recibe algún pequeño puntazo, es preciso practicar inmediatamente una sutura fina al catgut ó con seda.

»Cójase el fragmento de costilla con una pinza-gatillo ordinaria, levántese, y seguidamente y sin interrupción y de fuera á dentro practíquese el despegamiento del periostio de la cara profunda con un *détache-tendón*, y llévase la punta de un escalpelo acerado en forma de acento circunflejo sobre la articulación costo-vertebral, para abrirla, y arránquese la costilla por torsión.

»Resecando de esta manera otras dos apófisis con las costillas correspondientes, se consigue abrir un campo considerable que pone al descubierto tres ó cuatro cuerpos vertebrales.

»Aíslese estos cuerpos despegando la pleura con la extremidad del índice.

»Apliquense sobre cada cuerpo, perpendicularmente, dos ó tres coronas de un pequeño trépano tirafondo (fig. 473), muy próximas una á otra; el árbol del trépano debe tener á lo menos 12 centímetros de longitud.

»Agrándese la brecha con ayuda de la gubia ó de la cucharilla cortante y practíquese un raspado *completo* de la parte alterada: instálense, finalmente, drenajes para practicar inyecciones yodofórmicas. Ninguna sutura.»

2.º *Procedimiento de Ménard*. «Póngase al descubierto por una incisión transversal de 5 á 7 centímetros de largo la parte raquidiana de la costilla que parece corresponder más exactamente al vértice de la gibosidad (fig. 472, 4).

»Excíndase la apófisis transversa correspondiente á esta costilla.

»Denúdense la costilla de su periostio, secciónesela á 4, 5 ó 6 centímetros por fuera del raquis y arránquese de un solo golpe ó por fragmentos su extremidad vertebral. El absceso, se abre comunmente en el momento de efectuar este arrancamiento.

»Siguiendo el canal perióstico que ha dejado la denudación de la costilla, introdúzcase la sonda acanalada en el foco tuberculoso vertebral; ó bien explórense con su punta las caras laterales de las vértebras enfermas.

»Para obtener una abertura más amplia y más directa del campo operativo, si se halla el absceso algo por debajo ó algo por encima de la costilla reseca, reséquese igualmente una segunda costilla.

«Termínese la operación por el lavado y el drenaje de la cavidad. Dos ó cuatro puntos de sutura para reducir la herida cutánea.»

b. *Drenaje transversal bilateral*: procedimiento de Vincent. — Sobre el borde externo de los músculos espinales practíquese una incisión vertical, de 8 á 10 centímetros de largo, cuyo punto medio corresponda al espacio intercostal



FIG. 473
Trépano tirafondo
de Auffret

que está tocando el punto culminante de la gibosidad: sobre este punto medio hágase caer otra incisión horizontal de 5 centímetros de longitud, de lo cual resulta una incisión en \perp derribada; después reséquense una ó dos costillas, según sea el espacio que se necesite para la exploración y el drenaje.

Se practican las mismas maniobras al otro lado de la gibosidad (fig. 474, 1). Sepárese la pleura á ambos lados; después explórense con el dedo el seno de la corvadura vertebral y con el pico de la sonda las caras laterales de las vértebras.

Si la exploración revela la ausencia de caverna en el cuerpo de la vértebra, se coloca un drenaje por delante de la corvadura y se hace salir por el lado opuesto: *drenaje prevertebral*.

Si, por el contrario, la sonda ha permitido reconocer una cavidad en el cuerpo de la vértebra, después de haberla excavado con la cucharilla, se perfora la pared lateral opuesta de la cavidad y se coloca en ella un drenaje al través: *drenaje transvertebral ó transsomático*.

C. *Región lumbar*.—Dos procedimientos nos permiten llegar hasta los cuerpos de las cinco vértebras lumbares y aun al de la última dorsal: el de Trèves, ya clásico desde hace mucho tiempo y el de Fontan (de Toulon) (1).

1.º *Procedimiento de Trèves* (fig. 472, 5 y fig. 474, 2).—Guiados ó no por un absceso ó por una fistula intercosto-ilíaca, después de haber hecho acostar al paciente sobre el lado opuesto y puesta suficientemente en relieve la región en que se va á operar, á 8 centímetros próximamente de la línea de las apófisis espinosas, entre la cresta ilíaca y la segunda costilla, practíquese una incisión cutánea oblicua de arriba abajo y de atrás á delante. Divídase luego la apo-

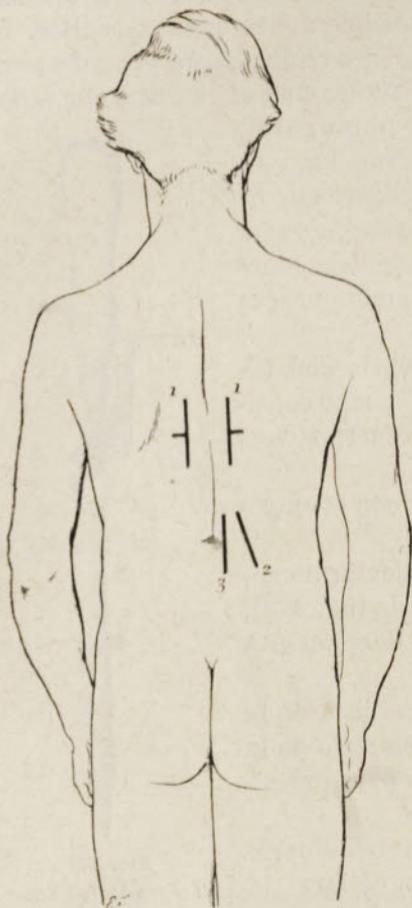


FIG. 474.—Ataque directo del mal de Pott

1, 1, procedimiento de Vincent; 2, procedimiento de Trèves; 3, procedimiento de Fontan

neurosis de la masa común, y mientras que un ayudante aparta á ésta fuertemente hacia adentro, reconózcase con el dedo la larga apófisis transversa de la tercera lumbar: hecho esto, divídase la hoja media de la aponeurosis del músculo transversa que va á insertarse sobre el vértice de las apófisis transversas y después el músculo cuadrado lumbar, que está colocado por delante de esta hoja; practíquese la hemostasia de las ramas abdominales de las arterias lumbares, algunas veces tan gruesas como la lingual, y que en su mayoría pasan por detrás del cuadrado lumbar. Divídase, finalmente, el psoas mayor por delante y adentro del cuadrado de los lomos. De esta suerte se cae sobre la cara lateral de las dos ó tres primeras vértebras lumbares y aún se puede también alcanzar la duodécima dorsal. Si el pus se ha corrido á lo largo de la vaina del psoas, el descubrimiento de los cuerpos vertebrales y las maniobras finales de exéresis, resultan todavía más fáciles.

(1) Fontan (*Congr. de Chir.*, Lyon, p. 623, 1894).

2. *Procedimiento de Fontan* (fig. 472, 6 y fig. 474, 3). — Para evitar las peligrosas lesiones vasculares y nerviosas de toda clase á que expone el procedimiento de Trèves obligando á atacar los cuerpos vertebrales por la parte media de sus caras laterales, Fontan propone atacar constantemente las vértebras desde más cerca de la manera siguiente:

»Sea, por ejemplo, la que hay que combatir una lesión de las dos ó tres primeras vértebras, que el tipo más frecuente. A un través de dedo tan sólo de la línea espinosa dividanse longitudinalmente los haces musculares y alcáncese la lámina vertebral á una profundidad de 3 ó 4 centímetros.

»Siguiendo la lámina con el dedo de dentro á fuera, reconócese, cosa que se logra casi en seguida, el tubérculo apofisario; después, por fuera de este tubérculo, á 1 centímetro y medio al menos más profundamente, como si se bajara un escalón, se reconoce ó encuentra un nuevo plano óseo que no es otro que la apófisis transversa ó costiforme. Colóquese un escoplo, sobre la base de la apófisis, al ras del tubérculo, sepárese la apófisis de un golpe no muy fuerte, pero seco, con un martillo de plomo ordinario, cójasela con unas pinzas y extírpese la cortando con las tijeras las inserciones musculares á las cuales da apoyo.

»Reséquese asimismo la apófisis transversa subyacente. Después con un *détache-tendón*, decortíquense las caras laterales de las dos vértebras, de atrás hacia adelante, por el método subperióstico, evitando lesionar el nervio que sale por el agujero de conjunción, y levantando en masa por movimientos de palanca la gran masa ligamentosa con todos los elementos vásculo-nerviosos que la misma sustenta.»

Según Fontan, que ha aplicado dos veces con éxito su procedimiento, no tan sólo se está con él completamente garantido contra la hemorragia, sino que también se logra tener el campo operatorio más despejado y por consecuencia la facultad de practicar una operación más completa que con el procedimiento de Trèves.

De todos modos, cualquiera que sea el procedimiento escogido, si existe un absceso emigrado en la fosa iliaca, se establecerá el drenaje en asa, por medio de una contraabertura practicada por encima del arco crural, siguiendo el ejemplo de Vincent, Michaux y otros cirujanos (*drenaje translumboiliaco*) (1). Se procederá de igual modo si el absceso ha venido á manifestarse en la ingle, en la parte superior é interna ó la parte media del muslo, etc.

D. *Región sacra*. — Para el tratamiento de los abscesos debidos á la tuberculosis de la cara anterior del sacro y que vienen á formarse en un punto más ó menos bajo, detrás del recto, tenemos hoy día una serie de procedimientos: *extirpación del coecix, resección de la parte inferior ó infero-lateral del sacro, incisión parasacra*. Pero, como estos procedimientos se emplean igualmente en afecciones mucho más comunes, tales como el cáncer del recto y el del útero, creemos inútil dar aquí su descripción, puesto que de ello habremos de ocuparnos más adelante. Mencionaremos solamente el hermoso resultado que ha obtenido Auffret (2) en un marineró *por medio del drenaje transabdomino-sacro*, después de haber resecado el sacro por el procedimiento de Kraske.»

Advertencia — Para el resto de la cirugía cráneo-raquídea, el lector podrá recurrir á las páginas siguientes: Trepanación del cráneo, pág. 260; Resección definitiva del cráneo, pág. 190; Resección temporaria del cráneo, pág. 191; Hemisectomía temporaria de Doyen, pág. 193; Craniectomía de Lannelongue, pág. 195; Resección del raquis, laminectomía, pág. 237.

(1) Libouroux (de Rochefort) ha recomendado un drenaje análogo para el tratamiento de la pioisitis y de los abscesos pelvianos (*Arch. prov. de Chir.*, p. 259, 1892).

(2) Auffret (*Congr. de Chir.*, Lyon, p. 596, 1894).

CAPÍTULO VIII

Operaciones en el aparato de la visión

EXTIRPACIÓN DE LOS QUISTES DERMOIDES

DE LA REGIÓN SUPERCILIAR

Estos quistes están comunmente situados en la cola ó extremidad externa de la ceja; otras veces se les encuentra encima del reborde orbitario ó en el arranque de la ceja, sobre la vertiente de la raíz de la nariz. Lo que les distingue bajo el punto de vista técnico, es, en primer término, la estructura histológica de su pared, estructura que nos explica la fatal recidiva en caso de extirpación incompleta: luego su asiento submuscular, á pesar de su apariencia superficial, y finalmente, su íntima adherencia con el periostio de la fosita mayor ó menor en la cual están alojados.

Instrumentos:

- Un pequeño escalpelo recto, bien afilado;
- Una sonda acanalada;
- Un par de tijeras pequeñas, curvas y romas;
- Dos ganchos separadores;
- Una pinza de disección, ordinaria;
- Una pinza de puntas dentadas como la de Waldau;
- Tres ó cuatro pinzas de forcipresión;
- Una pequeña espátula;
- Una pequeña cucharilla de Volkmann;
- Agujas finas de Hagedorn, con seda del núm. 00 ó hilo de plata fino;
- Algunas ligaduras de seda ó de catgut del núm. 00.

Procedimiento. — Después de haber afeitado la parte correspondiente de la ceja y su contorno y hecha la *toilette* ó limpieza aséptica del campo operatorio, — practicada la anestesia de preferencia con el cloroformo, — y la cabeza ligeramente inclinada hacia el lado opuesto: si se trata de un quiste dermoide de la cola de la ceja, hágase una incisión cutánea correcta y limpia, paralela al reborde orbitario, trazada, en cuanto sea posible en parte ó en su totalidad, en la zona pilosa de la ceja, que siga en todo caso el eje mayor del tumor y que lo traspase de algunos milímetros en sus dos polos. Divídase en seguida, en la misma extensión, la capa muscular subyacente, hasta llegar á la membrana blanquizca ó blanco-amarilla del quiste. Estas dos incisiones deben ser siempre practicadas con mano ligera; si no, tal vez del primer golpe se abriría el quiste sin querer y se escaparía su contenido. Forcipresión de uno ó dos pequeños vasos.

Mientras se les levanta con una pinza ordinaria, diséquense sucesiva-

mente los labios de la herida por medio de la sonda acanalada. Cuando la parte saliente del tumor ha sido puesta al descubierto por completo, apartando ó separando un ayudante fuertemente los labios de la herida con los ganchos, divídase circularmente el periostio alrededor del tumor con la punta del escalpelo; después, con una pequeña espátula, ó con el pico de la sonda, á veces con el escalpelo, despréndase el quiste de su nido óseo, rasando siempre el hueso. Forcipsión ó ligadura perdida de algunos pequeños vasos.

Si el quiste se ha roto ó ha sido abierto, exprímase cuidadosamente todo el contenido, hágase una buena hemostasia por compresión por medio de pequeños tapones ó torundas de algodón, cójanse los colgajos de la pared del quiste, diséquense con las tijeras y despréndanse después de la fosita con el periostio correspondiente. Si quedan en la fosita ó á su alrededor algunos restos de la pared ó algo que lo parezca, quítense con la cucharilla cortante ó bien con las tijeras.

Cuando se esté seguro de haber extirpado todo el quiste, aproxímense exactamente los labios de la herida cutánea y reúnanse por medio de algunos puntos de sutura. Vendaje monóculo con una pequeña torunda compresiva sobre la línea de sutura ó reunión.

Si la asepsis ha sido perfecta, la cicatriz es apenas visible. La misma fosita se llena con el tiempo, ó cuando menos los tegumentos se nivelan de una manera sorprendente, como lo hemos observado á menudo, aun después de la extirpación de quistes que habían dejado una depresión del volumen de una gruesa avellana ó de una haba ordinaria: resultado muy apreciado siempre, y más en particular aún, como puede suponerse, en las muchachas jóvenes.

BLEFARORRAFIA

La *blefarorrafia* (*tarsorrafia* de ciertos autores) consiste en suturar entre sí los bordes libres de los párpados, ya en parte, ya en su totalidad, á excepción, por supuesto, del ángulo interno, que es preciso dejar abierto para el desagüe de las lágrimas y otras secreciones. La pequeña operación en la cual se aproximan los párpados por medio de algunos puntos, sólo por algunos días, *sin refrescamiento previo*, constituye más bien, hablando con propiedad, una ligadura, una *blefarodesis*.

La blefarorrafia es temporaria ó definitiva, según el objeto que uno se propone. Se recurre á ella: para estrechar ó retraer la hendidura palpebral en el ectropión paralítico ó senil, en el lagofthalmos, en el exoftalmos complicado de luxación habitual (nosotros operamos un caso de este género con notable éxito); para cerrar la hendidura en ciertas xérosis graves de la córnea y en las blefaroplastias en las cuales se deba luchar algún tiempo (de 12 á 18 meses) contra la retracción secundaria de los nuevos tegumentos (Mirault).

Los instrumentos necesarios son: un bisturí de Græfe (fig. 475), dos tijeras finas ligeramente curvas, una fina pinza de diente de ratón (fig. 476), un elevador palpebral (fig. 477), una aguja fina de Reverdin ó un porta-agujas de Sands (fig. 478) y agujas finas semicurvas, con seda número 00.

BLEFARORRAFIA EXTERNA.—Supongamos que se trata de suturar el ángulo externo de los párpados en una extensión de 8 á 10 milímetros.

Estando el párpado inferior moderadamente tenso por medio del separador, avívese ó refrésquese el borde libre, ya de fuera á dentro con la punta del

cuchillo de de Græfe introducido por transfixión en la misma comisura, ya de dentro á fuera con las tijeras curvas. El colgajo, tan delgado como sea posible, debe rasar la línea de emergencia de las pestañas, aunque respetándolas, y

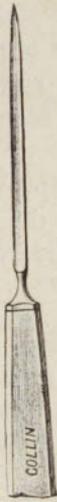


FIG. 475. — Cuchillo de de Græfe



FIG. 476. — Pinza de diente de ratón



FIG. 477. — Elevador palpebral



FIG. 478. — Porta agujas de Sands

debe sobre todo comprender los dos tercios posteriores del borde libre. Refrésquese en seguida el borde libre del párpado superior en la misma extensión. Finalmente, reúnanse por tres puntos los bordes cruentos de ambos párpados (fig. 479).



FIG. 479. — Blefarorrafia externa

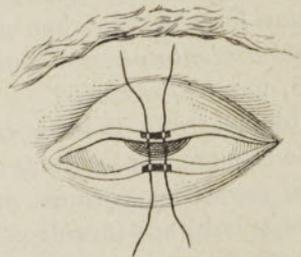


FIG. 480. — Blefarorrafia media (Panas)

BLEFARORRAFIA MEDIA (Panas). — Esta operación ha sido imaginada especialmente para la protección de la córnea, en los casos de parálisis incurable ó largo tiempo persistente del músculo orbicular: se conserva al mismo tiempo el uso del ojo (fig. 480).

BLEFARORRAFIA TOTAL. — La técnica es la misma que para las blefarorrafias precedentes. Solamente debe advertirse que el refrescamiento debe quedar algo por fuera de los puntos lagrimales (figs. 488 y 489). Ya sea la sutura temporaria, ya definitiva, se quitan los puntos del cuarto al quinto día.

Si se ha practicado una sutura temporaria, cuando ha llegado el momento de restablecer la hendidura palpebral, se divide la cicatriz con unas tijeras rectas finas, de dentro á fuera, sobre una sonda acanalada. La nueva comisura palpebral no tiene, generalmente, tendencia á retraerse; en caso contrario, se practicará una cantoplastia.

TRASPLANTACIÓN DEL SUELO CILIAR

(Operación de Panas)

La trasplatación del suelo ciliar, tal como la practica el profesor Panas (1), tiene por objeto remediar el *entropión* del párpado superior y el *triquiasis*, es decir, la desviación de las pestañas hacia el globo ocular, que es consecuencia de dicho entropión. «Responde, como dicen Truc y Valude (2), á las principales condiciones patogénicas: sección del orbicular, fijación del terreno ciliar, y rectificación, si el caso se presenta, de la corvadura defectuosa del tarso.»

Instrumentos:

Una placa de cuerno ó de aluminio, como el *lid-clamp* de Snellen-Knapp (fig. 481), para poner tenso é isquemiar el párpado superior;

O bien la pinza de horquilla de Terson (padre), muy cómoda (fig. 482);

Un gancho romo;

Un gancho puntiagudo;

Un escalpelo recto;

Pinzas de disección;

Tijeras;

Agujas y seda fina.

Procedimiento de Panas.—

Bajo la acción de la anestesia clorofórmica, estando el párpado fuertemente tenso de una parte sobre la placa de cuerno y de otra por medio del gancho puntiagudo que se ha clavado junto al borde libre del cartilago tarso, hágase una incisión horizontal, á 2 milímetros por encima de la línea de pestañas, desde la comisura externa hasta el punto lagrimal. Esta incisión comprende la piel y el músculo orbicular y des-

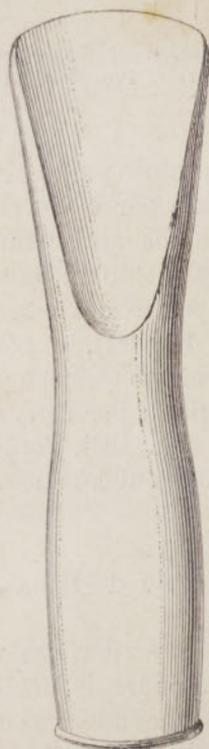


FIG. 481.— Lid-clamp de Snellen-Knapp

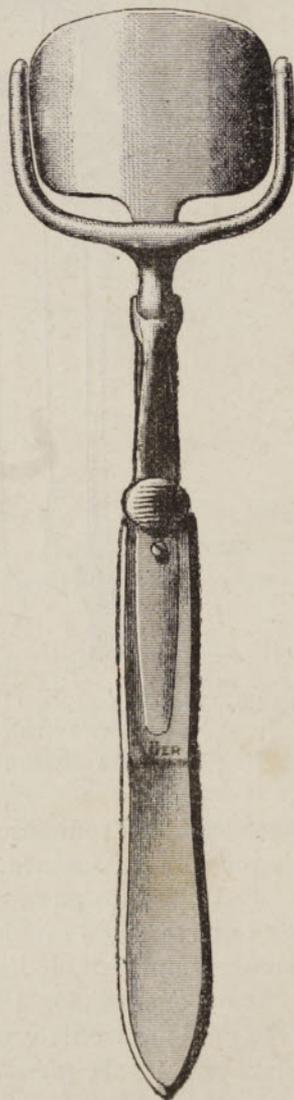


FIG. 482.— Pinza en horquilla de Terson (padre)

cubre la cara anterior del tarso, casi siempre coarrugada y deforme en estos casos.

Diséquese el orbicular, ó por mejor decir, el labio superior de la incisión,

(1) Panas. *Traité des mal. des yeux*, II, pág. 153, 1894.

(2) Truc y Valude. *Nouv. élém. d'ophthalmologie*, II, pág. 519, 1896.

que se inclina hacia arriba con un gancho romo, hasta que se descubre el ligamento suspensor del tarso. Diséquese en seguida el labio inferior, hasta que se ve el punteado negro de las raíces de los bulbos ciliares.

Incíndase el tarso horizontalmente á nivel de su incurvación anormal, comprendiendo la conjuntiva en la incisión; después, si existe un fimosis palpebral extremado, excíndanse algunos hacecillos del músculo orbicular.

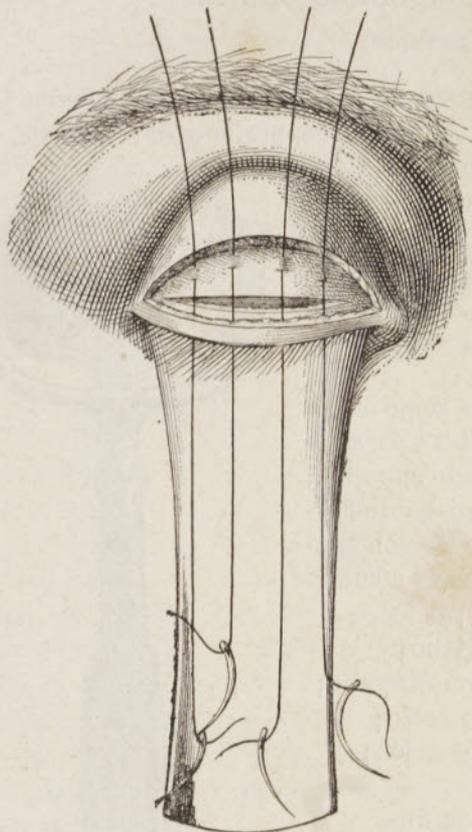


FIG. 483.—Trasplatación del suelo ciliar del párpado superior. Procedimiento de Panas

El hilo de en medio no ha sido dibujado



FIG. 484.—Trasplatación del suelo ciliar del párpado inferior. Procedimiento de Panas

Practíquense cinco puntos de sutura, empezando por el de en medio; estos puntos atraviesan por arriba el ligamento ancho y el segmento superior del tarso (por debajo de la piel), y por abajo el otro segmento tarsiano y la mucosa marginal, *por detrás de las pestañas* (fig. 483). Anú-

dense los hilos, reúnanse en haz y sujétense á la frente con algodón al colodión. Ninguna sutura cutánea.

Se quitan los puntos al cabo de cinco días.

«El resultado estético y curativo, dice A. Terson (1), discípulo de Panas, es casi siempre, desde luego, perfecto y definitivo.»

Para el entropión del párpado inferior, Panas disecca de abajo arriba, hasta cerca del borde ciliar, un colgajo cutáneo, reseca á menudo el músculo orbicular, practica la *tarsotomía* como para el párpado superior, excinde más ó menos el borde cutáneo y sutura este último á la piel de la mejilla (fig. 484).

BLEFAROPEXIA

(Operación de Panas)

En la operación que el profesor Panas ha concebido para remediar la caída paralítica ó *ptosis* del párpado superior, se trata, como lo hace notar A. Ter-

(1) A. Terson. *Traité de chir.* de Le Dentu y Delbet, t. V, págs. 44-45, 1897.

son (1), de una verdadera *blefaropexia* de resultado inmediato: el músculo elevador del párpado es sustituido ó reemplazado en su acción por el músculo órbito-palpebral.

Instrumentos: los mismos que para la trasplantación del suelo ciliar.

Procedimiento de Panas. — «Puesto el párpado muy tenso sobre la placa de asta, practíquese una primera incisión horizontal á nivel del pliegue órbito-palpebral superior (fig. 485, A B), comprendiendo la piel y el músculo orbicular, de manera que quede al descubierto el ligamento suspensorio. De esta incisión, háganse partir lateralmente otras dos incisiones verticales y ligeramente divergentes hasta el borde superior del tarso, en donde se les da una dirección horizontal y curva paralela á la incisión superior (fig. 485, A' C, B' C'): se detiene la incisión cerca del punto lagrimal por dentro y de la comisura externa por fuera. Diséquese de arriba abajo el colgajo así trazado, al mismo tiempo que se liberan los dos pequeños volantes triangulares laterales, de modo que quede al descubierto el esqueleto fibroso del párpado.

»Hágase á lo largo y junto al borde superior de la ceja una incisión semicircular de concavidad inferior (fig. 485, D E), que interesa la piel y la capa muscular gruesa formada por el entrecruzamiento del frontal con el superciliar. Cogiendo entonces con una pinza el puente comprendido entre las dos incisiones, sub y supra-superciliares, movílicesele por transfixión con ayuda del escalpelo pasado verticalmente por debajo.

»Con una asa de hilo, provista de dos agujas, engánchese el vértice del colgajo, hágasele deslizar por debajo del puente cutáneo hasta que venga á adaptarse al labio superior del ojal frontal y fijesele allí, añadiendo, si es preciso, otros dos puntos de sutura laterales (fig. 485).

»Para medir el efecto varíese la longitud del colgajo, practicando la primera incisión horizontal del párpado más ó menos próxima á la ceja ó excindiendo el vértice del colgajo en la extensión que se juzgue necesaria.

»Si se observa que el párpado tiene tendencia al ectropión, añádase á cada lado un punto de sutura profundo pasado á través del ligamento suspensorio.»

Los resultados que ha dado este procedimiento en las manos de Panas y otros operadores han sido buenos.

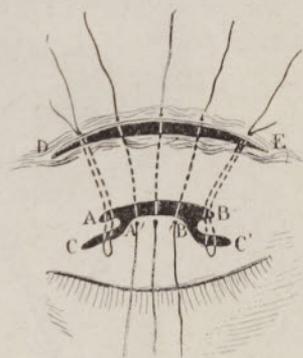


FIG. 485
Blefaropexia (Oper. de Panas)

BLEFAROPLASTIA

La *blefaroplastia* ó restauración de los párpados puede ser parcial ó total, y comprende una multitud de procedimientos fundados sobre los métodos generales de autoplastia. Bastará describir los diversos tipos, para que se puedan establecer desde luego todas las modificaciones que puedan ser necesarias en la práctica.

Esta operación está indicada: 1.º en todos los casos en que los párpados están desviados por una cicatriz ó han sido destruidos por una úlcera, por la gangrena, por el edema maligno, por una quemadura ó cualquier otro traumatismo accidental; 2.º después de la ablación de un tumor maligno de los párpados (restauración primitiva ó secundaria).

(1) A. Terson. *Traité de Chir.* de Le Dentu et Delbet, t. V. pág. 40, 1897.
CIRUGÍA Y MEDICINA OPERATORIAS. — 55.

Aparato instrumental: un pequeño escalpelo recto, una pinza recta de diente de ratón, tijeras finas semicurvas, varias pinzas de forcipresión, agujas curvas é hilo de seda muy fino.

En general, es preciso sujetarse, todo lo posible, á los dos reglas siguientes: 1.º conservar el músculo orbicular y el borde libre de los párpados; 2.º conservar la conjuntiva. Si se sacrifica la conjuntiva se debe intentar reemplazarla por un injerto mucoso, sacado del ojo de un animal (conejo, por ejemplo) ó de otra parte del cuerpo.

A. *Método francés.* — a. *Procedimiento de Warthon Jones.* — Tratándose de un ectropión del párpado inferior, háganse dos incisiones cutáneas que



FIG. 486.—Procedimiento de Warthon Jones; incisión y disección del colgajo



FIG. 487.—Procedimiento de Warthon Jones; sutura

comiencen debajo de los ángulos del ojo y converjan hacia abajo, hasta un punto medio situado á 2 centímetros y medio aproximadamente del borde libre del párpado (fig. 486). — Diséquese el colgajo así circunscrito de abajo arriba, hasta que el enderezamiento del párpado sea perfecto; este colgajo se retrae y su vértice se remonta más ó menos por encima del ángulo de convergencia. Reúnanse los bordes limitantes por debajo del vértice del colgajo por medio de algunos puntos de sutura transversales; sutúrense, finalmente, los bordes del colgajo (fig. 487).

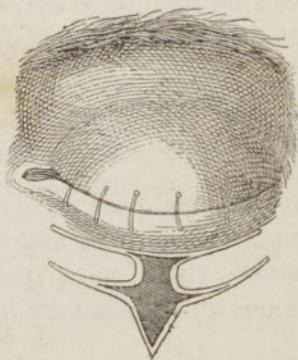


FIG. 488.—Procedimiento de Richet 1.ª parte

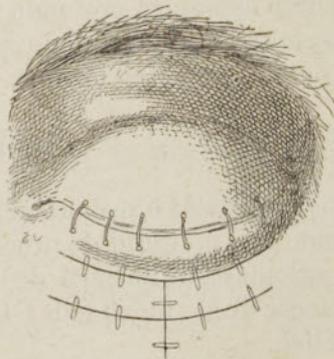


FIG. 489.—Procedimiento de Richet 2.ª parte

b. *Procedimiento de Richet.* — Igual hipótesis que en el caso anterior para su aplicación. Hágase una incisión cutánea paralela al borde libre del párpado, á 2 centímetros de este borde, y que se extienda casi de uno á otro.

ángulo del ojo. Practíquese la blefarorrafia total. Hágase una segunda incisión paralela á la primera, pero á 1 centímetro por debajo de ella. Diséquese el colgajo intercalar, y excíndase después su parte media, si es exuberante ó sobrado (fig. 488). Reúnase su borde superior al labio superior de la primera incisión; su borde inferior remonta más ó menos. Reúnase, en fin, la pérdida de substancia triangular que resulta de esta ascensión, por debajo del colgajo, coaptando los lados del vértice del triángulo (fig. 489).

c. *Procedimiento de Knapp*. — Supongamos que debe ser suturada la parte interna del párpado inferior, después de la ablación de un epiteloma. Circunscríbese esta parte por cuatro incisiones: dos verticales y dos horizontales, y excíndanse los tejidos morbosos. Prolónguense sobre la nariz las incisiones horizontales y diséquese el colgajo así trazado. Prolóngueselas igualmente, pero algo divergentes, hacia la mejilla y la sien (fig. 489), y diséquese el colgajo correspondiente. Movilícense los dos colgajos uno hacia otro, después

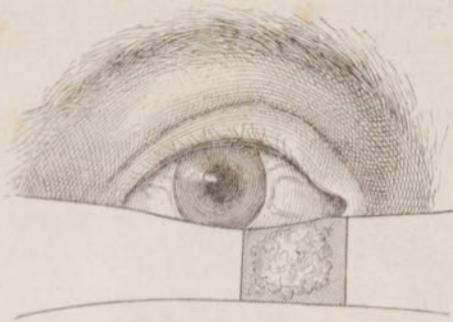


FIG. 490.— Procedimiento de Knapp

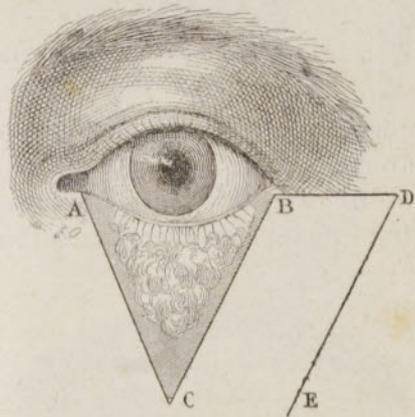


FIG. 491.— Procedimiento de Dieffenbach

reúnanse primeramente sus extremidades libres y luego sus demás líneas de sección.

Un procedimiento análogo puede restaurar perfectamente otra parte cualquiera y aun la totalidad del párpado inferior.

B. *Método indiano*. — El colgajo ó los colgajos de restauración son rara vez retorcidos, lo más á menudo son torcidos sobre su eje ó simplemente inclinados hacia la pérdida de substancia.

a. *Procedimiento de Dieffenbach*. — Supongamos que hay que restaurar la parte media del párpado inferior, después de la ablación de un epiteloma.

Después de haber excindido esta parte en forma de triángulo (ABC, figura 491), prolónguese hacia afuera la incisión correspondiente á la base del mismo, y después desde la extremidad interna de esta incisión bájese otra incisión paralela al lado externo del triángulo. Diséquese el colgajo cuadrilátero así trazado, inclínesele hacia la pérdida de substancia, y suturese el borde BC con el borde ó lado AC, el BD con el AB; finalmente, redúzcase todo lo posible reuniéndola, la brecha ó pérdida de substancia triangular, de donde hemos tomado el colgajo.

b. *Procedimiento de Fricke*. — Supongamos que hay que restaurar el párpado superior ocupado por una cicatriz ó por un neoplasma.

Después de haber excindido en elipse los tegumentos del párpado, dibújese un colgajo linguiforme sobre la apófisis orbitaria externa, por encima y por

fuera de la misma, con la base dirigida hacia abajo (fig. 492). Diséquese el colgajo, dóblese hacia la parte refrescada del párpado y reúnase el borde interno del colgajo AB' con el borde inferior de la pérdida de substancia palpebral AB, el borde externo B' C' con el borde superior de esta misma pérdida, etc.; después llénese la brecha resultante por medio de una sutura, con ó sin movilización de los tegumentos.

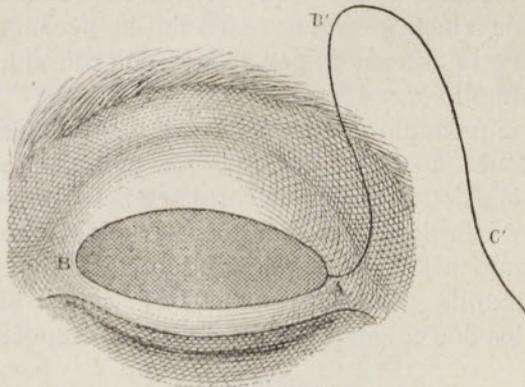


FIG. 492.— Procedimiento de Fricke

Para el párpado inferior el colgajo se tallará sobre la mejilla.

c. *Procedimiento por cambio de Denonvilliers.*—También Denonvilliers ha recurrido á un colgajo geniano, para restaurar el párpado inferior, conforme demuestra la fig. 493. No hay necesidad de describir la técnica. Haremos observar

únicamente que el primer tiempo de la operación consiste en practicar la blefarorrafia total.

d. *Procedimiento en horquilla de Hasner d'Artha.*—Este procedimiento conviene especialmente en la reparación de una comisura palpebral.



FIG. 493.— Procedimiento de Denonvilliers



FIG. 494.— Procedimiento de Hasner d'Artha

en la fig. 494. Diséquese este colgajo, hágasele dar un cuarto de vuelta sobre su eje, de manera que cada una de sus lengüetas corresponda á un párpado, y su punto ó ángulo de separación á la nueva comisura. Sutúrese el colgajo así transpuesto y ciérrese la brecha resultante.

C. *Método italo-alemán.*— Puede ser empleado cuando el estado de los tegumentos periorbitarios no permite la reparación de los párpados por los métodos precedentes. Pero este método hace necesaria una especie de educación ó adaptación previa del enfermo y requiere además la aplicación de un aparato especial de contención para el brazo que suministra el colgajo. El pedículo es

seccionado del undécimo al duodécimo día. Paul Berger (1) ha obtenido con este método una serie de éxitos notables (fig. 495).

D. *Método de L. Le Fort.* — a. *Injerto cutáneo en masa de L. Le Fort.*—

Dada una superficie cruenta de un párpado, córtese sobre la cara interna de un brazo ó en la cara lateral del antebrazo un colgajo bastante extenso para cubrir, después de su retracción, toda la pérdida de substancia palpebral. Diséquese con mucho cuidado su cara profunda, para quitarle todo el tejido celular. Aplíquese dicha cara profunda sobre la pérdida de substancia y manténgasela aplicada, *sin sutura*, por medio de un apósito húmedo ligeramente compresivo.

b. *Injerto cutáneo en mosaico de de Wecker* (2). — En vez de un colgajo único, se emplean pequeños cuadrados de piel de medio á 1 centímetro, que se toman del antebrazo y á los cuales se despoja completamente del tejido célula-grasoso. Estos cuadrados se colocan sobre la pérdida de substancia refrescada, bien dispuestos unos al lado de otros valiéndose de un estilete romo. Se les cubre con tafetán gomado y se aplica un vendaje compresivo binóculo.



FIG. 495. — Procedimiento de P. Berger

Cualquiera que sea el procedimiento que se siga, el método de Le Fort ha dado ya un número de éxitos considerable. Conocemos, sin embargo, un caso en que el injerto cutáneo que se aplicó en el párpado inferior para corregir un ectropión, se atrofia cada vez más y en el cual, por lo tanto, la desviación tiende á reproducirse.

CANTOPLASTIA EXTERNA

La cantoplastia externa consiste en agrandar la abertura palpebral, hendiendo el ángulo externo de los párpados y haciendo que esta hendidura sea definitiva por medio de una operación autoplástica. La simple sección del ángulo ó *cantotomía* no basta, pues va siempre seguida de recidiva.

La cantoplastia está indicada en el bléfaro-fimosia inflamatorio ó congénito, cuando está complicado con una conjuntivitis granulosa, un entropión, etc.

Aparato instrumental:

- Un pequeño escalpelo recto, de hoja estrecha;
- Una pinza anatómica fina;
- Una aguja fina y curva, armada de hilo de seda fino;
- Dos erinas simples ó sencillas.

a. *Procedimiento de Cusco* (según Gillette) (3). — Poniendo tensa la piel de los párpados á medida que se practica la incisión, córtese, por medio de dos

(1) P. Berger (*Soc. chir.*, 17 Marzo de 1880; *France méd.*, n.º 123, 1889, y *Congrès fr. de chir.*, página 361, 1890).

(2) De Wecker (*Ann. d'oculist.*, 1872, XLVIII, pág. 62).

(3) Gillette. *Clin. chir. des hóp. de Paris*, pág. 45, 1877.

incisiones divergentes, á partir de la comisura palpebral externa, un pequeño colgajo cutáneo triangular con la base vuelta hacia afuera y el vértice hacia adentro, es decir, correspondiendo al ángulo externo de los párpados. Estas dos incisiones tienen cada una de 1 centímetro y medio á 2 centímetros de largo, lo cual hace que la base del colgajo, representando éste un triángulo isósceles, tenga igualmente 2 centímetros.

Con ayuda de una pinza levántese el vértice interno del colgajo, que se disecciona poco á poco hasta la base.

Dividase de dentro á fuera con un escalpelo abotonado el fondo de saco externo de la conjuntiva.

Finalmente, fijese por un solo punto de sutura el vértice interno del colgajo al fondo de la herida, junto con el fondo de saco conjuntival.

b. *Procedimiento del autor* (1). — Puesta la piel suficientemente tensa, en el ángulo externo de los párpados hágase una incisión cutánea, recta, horizontal y de 12 á 15 milímetros de largo, á partir de la misma comisura. Sobre la extremidad posterior de esta incisión hágase caer otra incisión igualmente cutánea, de 3 milímetros de altura (fig. 496).

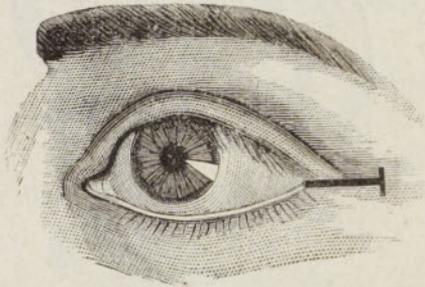


FIG. 496. — Cantoplastia externa (Procedimiento del autor)

Diséquense los dos labios ó bordes de la incisión horizontal, en toda su extensión, á una altura cada uno de ellos de 1 milímetro y medio aproximadamente.

Pásese un hilo de dentro á fuera, á través de la parte mucosa que representa todavía la comisura externa: después, mientras se apartan los pequeños colgajos cutáneos con las erinas y se pone tenso por medio del hilo el puente mucoso intermediario, libérese este último arriba y abajo desde la comisura hasta la parte más lejana de la incisión.

Inviértase hacia afuera la pequeña lengüeta mucosa y réunase á la piel en el fondo de la incisión con un punto de sutura.

Finalmente, réunanse por dos puntos de sutura cada uno de los colgajos cutáneos á la sección correspondiente de la conjuntiva.

Este procedimiento sacrifica la forma menos que el precedente. El resultado ha sido definitivo en todos los casos que hemos operado de este modo.

EXTIRPACION DE LA GLÁNDULA LAGRIMAL ORBITARIA Y DE LA GLÁNDULA LAGRIMAL PALPEBRAL

I

Por extirpación de la glándula lagrimal se entiende hoy día más especialmente la ablación de la porción principal ú orbitaria de esta glándula, aquella que está alojada en la fosita lagrimal de la bóveda orbitaria (2).

Las indicaciones son: el adenoma ó hipertrofia simple, los neoplasmas ma-

(1) V. Chalot (*Gaz. hebdomadaire de Montpellier*, 1882).

(2) Consúltense las tesis de Marula, Paris, 1876; de Peyret, Bordeaux, 1885; de Guillou, Montpellier, 1889.

lignos primitivos (sarcoma, *chloroma*, epiteloma), las fistulas rebeldes de la glándula; además el lagrimeo rebelde y más especialmente, según Abadie y True, el de los granulosos.

Aparato instrumental:

- Un bisturí recto;
- Una pinza fina de disección;
- Una sonda acanalada;
- Una pinza-erina;
- Unas pequeñas tijeras curvas romas;
- Algunas pinzas de forcipresión;
- Pequeñas agujas curvas y crin de Florencia.

Procedimiento (*Ojo izquierdo*). — Después de haber afeitado los dos tercios externos de la ceja, estando la cara inclinada á la derecha, pónganse tensos los tegumentos, procurando, sin embargo, no desplazarlos, es decir, no apartarlos de su posición normal, y hágase una incisión cutánea que empiece á 4 milímetros por encima de la comisura palpebral externa sobre el mismo reborde de la órbita y que siga exactamente este reborde hasta 5 milímetros por fuera de la escotadura supra-orbitaria (fig. 497, A B). La incisión de Halpin, más corta, ocupa tan sólo el tercio externo de la ceja.

Divídanse en la misma extensión el músculo orbicular y el tejido conjuntivo subyacente.

Rasando el reborde del arco orbitario, divídase el ligamento ancho ó suspensor del cartílago tarso; después, rasando también la cara inferior del reborde, hiéndase la hoja fibrosa aponeurótica que va del reborde al bulbo y que está colocada como una cortina delante de la glándula lagrimal. La bolsa ó estuche de la glándula queda entonces abierta.

Bájese el labio inferior de la incisión y reconócese la glándula por la vista y el tacto, por su tinte rosado ó gris rojizo, su estado ó aspecto granuloso, su forma, su consistencia y sus relaciones.

Con el pico de la sonda despéguese su cara posterior; cójasela por medio de la pinza-erina, y mientras se tira de ella en diversos sentidos, sepáresela, por dentro, por abajo y por fuera, siempre por diéresis roma, esto es, valiéndose de instrumentos romos. La glándula sólo se sostiene ya por atrás, en donde se encuentran los vasos y nervios lagrimales.

Constríñase el pedículo en masa, por medio de una ligadura que se coloca lo más profundamente posible ó bien sencillamente entre los dientes ó bocados de una pinza de forcipresión que se deja colocada algunos minutos, y sepárese la glándula mediante un corte de tijera por delante de la pinza ó de la ligadura.

Sutúrese totalmente la herida, sin drenaje.

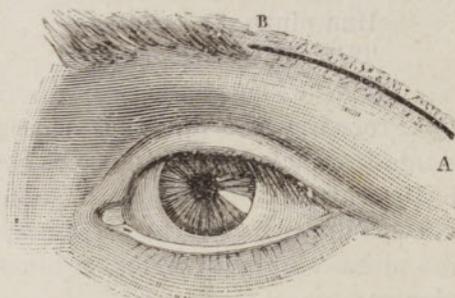


FIG. 497. — Incisión para la extirpación de la glándula lagrimal orbitaria

II

Wecker fué quien en 1888, en el Congreso oftalmológico de Heidelberg, propuso la sustitución de la *extirpación de la glándula palpebral* á la de la glándula orbitaria, para curar el lagrimeo persistente; pensó que la nueva

extirpación, «dando lugar á la resección de una parte de los conductos excretores, debe secar, por decirlo así, la fuente del líquido lagrimal.» Poco tiempo después la cuestión fué de nuevo tratada de un modo magistral por A. Terson (1), y hoy día, según dice este sabio especialista, la extirpación de la glándula palpebral ocupa un lugar entre las operaciones *corrientes* de la cirugía ocular.

A. Terson la considera «como el mejor medio de disminuir ó de suprimir la epífora, cuando los demás tratamientos han fracasado, y sobre todo cuando no existe ninguna supuración de las vías lagrimales.» Si esta operación fracasa á su vez, le queda todavía al operador el recurso de intervenir sobre la glándula orbitaria. En cuanto á los resultados de esta doble ablación, nada tienen de alarmantes, «pues las glándulas conjuntivales aseguran una lubricación suficiente de la mucosa.»

Instrumentos:

- Un escalpelo;
- Un gancho separador;
- Una pinza fijatriz;
- Una pinza de garfio;
- Tijeras curvas romas;
- Pinzas hemostáticas.

Procedimiento de Wecker, según A. Terson.—«Previa cocainización (mediante instilaciones) levántese el borde ciliar superior con el pequeño separador de Desmarres. Mientras que el ayudante tira de la comisura externa, se manda al enfermo mirar hacia abajo y adentro, hacia la punta de su nariz, y por medio de una pinza colocada arriba y afuera del limbo, atráigase la córnea abajo y adentro.

»M. Panas se sirve algunas veces de la plaça de cuerno y la introduce suavemente debajo de la piel del párpado invertido, para hacer sobresalir la glándula.

»Incíndase con un bisturí la conjuntiva en toda la extensión de la glándula que ha de estar entonces prominente, y *se la diseça* con la pinza de garfio y las tijeras; cójase después la glándula con un gancho de chalación, ó mejor todavía con una pinza-erina, y se la extirpa con las tijeras curvas empezando por la parte interna, para evitar, con mayor seguridad, el tendón del elevador y la posible blefaroptosis consiguiente; termínese excindiendo la glándula *hasta por debajo* de la comisura externa para extirpar sus lóbulos inferiores. Una pequeña pinza hemostática comprime la arteriola cortada. Apósito durante dos ó tres días.» Sutura ninguna.

La extirpación de la glándula palpebral es una operación benigna, menos complicada y menos grave que la extirpación de la glándula orbitaria, y tiene, además, la ventaja de no dejar cicatriz cutánea. En cambio, no estando la glándula palpebral formada por un solo bloque ó cuerpo conglomerado como la orbitaria, su extirpación *total* es *imposible*: en realidad, sólo se extirpa la mayor parte, pero no toda.

Por otra parte, como todos los conductos excretores de la glándula accesoria, excepto dos ó tres, desaguan en los conductos excretores de la glándula orbitaria, antes de abrirse estos últimos en el tercio externo del fondo de saco conjuntival superior, Bettremieux ha aconsejado recientemente sustituir á la extirpación glándulo-palpebral la *cauterización ígnea del fondo de saco* sobre la pequeña línea curva de desagüe de los conductos colectores. «El resultado de esta cauterización, según las observaciones de Truc y Valude, parece bastante favorable.»

(1) A. Terson, *Thèse Paris*, 1892, y *Traité de chir.*, de Le Dentu y Delbet, t. V, pág. 59, 1897.

CATETERISMO DE LOS CONDUCTOS LAGRIMALES

El cateterismo de los conductos lagrimales consiste en hacer pasar por su interior hasta el saco un estilete bastante fino, ya sea que deseemos solamente darnos cuenta de su permeabilidad ó su grado de permeabilidad, ya sea que nos propongamos además, sondar el conducto nasal. En este último caso, no representa más que el primer tiempo de una operación.

Nos servimos generalmente de los estiletos dobles de Bowman (fig. 498). El número 1 tiene aproximadamente un sexto de milímetro de diámetro; el número 6 mide un milímetro como el mismo conducto lagrimal en su estado fisiológico.

Procedimiento (Ojo derecho). — a. *Cateterismo del conducto inferior.* — Después de haberse colocado detrás de la cabeza del enfermo, practíquese una eversión suficiente del punto lagrimal y enderécese ó corrijase el ángulo (fig. 499) que forma el eje de la ampolla inicial de Sappey con el del resto del conducto. Para esto, aplíquese el pulpejo del pulgar izquierdo sobre la parte media del párpado inferior, hágasele bascular ligeramente hacia adelante, y al mismo tiempo tírese de ella hacia la parte inferior y externa del reborde orbitario, apoyándose en este mismo reborde.



FIG. 498
Estilete doble de Bowman

Tómese un estilete de Bowman (el n.º 2, por ejemplo), cogiéndole por su placa entre el pulgar y el índice de la mano derecha, introdúzcasele en el punto lagrimal, dirijasele primero algo oblicuamente abajo y adentro, hasta la profundidad de 1 á 2 milímetros, después *horizontalmente* hacia adentro, empujándole con suavidad hasta que haya penetrado unos 9 á 10 milímetros, hasta que el cirujano le sienta detenido por la pared interna del canal lagrimal.

Suéltese el párpado inferior y retírese el estilete.

b. *Cateterismo del conducto superior.* —

Igual posición del operador. Inviértase el borde libre del párpado y tírese de él hacia arriba y afuera, por medio del índice izquierdo, tomando apoyo sobre el borde superior de la órbita.

Introdúzcase el estilete en el punto lagrimal, dirijasele al principio algo oblicuamente arriba y adentro hasta la profundidad de 1 ó 2 milímetros, después *oblicuamente* abajo y adentro, hasta sentir el contacto de la pared interna del canal lagrimal (fig. 500).

Suéltese el párpado y retírese el estilete.



FIG. 499

Aparato excretor de las lágrimas (lado derecho)

a, conducto lagrimal superior; a', conducto lagrimal inferior; b, saco lagrimal; d, conducto nasal

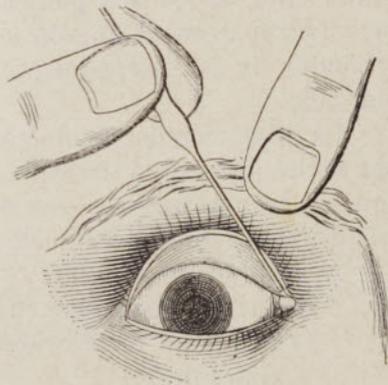


FIG. 500. — Cateterismo del conducto lagrimal superior con el estilete de Bowman

Para el ojo izquierdo, el operador se coloca enfrente y á la derecha del enfermo y maneja el párpado inferior con el índice y el medio reunidos, y el párpado superior con el pulgar de la mano izquierda.

DILATACIÓN DE LOS PUNTOS Y LOS CONDUCTOS LAGRIMALES

La dilatación de los puntos y los conductos lagrimales se practica progresivamente y en una sola sesión, ya sea por medio de varios estiletos de Bowman ó de una sonda cónica puntiaguda, ya por medio de un pequeño instrumento especial, el dilatador de Galezowski, por ejemplo (fig. 501). Se recurre á él en caso de estenosis.



Fig. 501
Dilatador de
Galezowski

Procedimiento.— Si nos servimos de los estiletos de Bowman, hágase pasar sucesivamente cada número, como si se tratara del cateterismo de los puntos lagrimales.— Si se emplea el dilatador de Galezowski, introdúzcase cerrado en el punto lagrimal, manejan-dole como si fuera un estilete, hasta tan lejos como sea posible; después hágase rodar poco á poco el tornillo, hasta suficiente separación de las ramas.— Hecha la dilatación, dense vueltas al tornillo en sentido inverso y retírese el instrumento.

CATETERISMO Y DILATACIÓN DEL CONDUCTO NASAL PREVIA SECCIÓN DE UN CONDUCTO Ó PUNTO LAGRIMAL

Cuando los puntos y conductos lagrimales son permeables, se incide con preferencia el conducto superior, porque de este modo el cateterismo del canal nasal se presenta más fácil, dada la oblicuidad de este conducto. Si el punto superior está obliterado, se incide el conducto inferior. Finalmente, si los dos puntos están obliterados, se punciona el saco lagrimal en el ángulo mayor del ojo, detrás del tendón del orbicular de los párpados, con el cuchillo lanceolar de Abadie (fig. 502).

La dilatación del conducto nasal, combinada con las inyecciones antisépticas, está indicada siempre que el lagrimeo, el catarro agudo ó crónico del saco, con ó sin fistula lagrimal, son debidos á una estrechez de este conducto, que es el caso más común.

Aparato instrumental:

El cuchillo de Weber (fig. 503);

Los estiletos de Bowman; los estiletos de punta olivar de Galezowski;

La bujía ó sonda bicónica de Weber (fig. 504).

Procedimiento de Bowman (dilatación lenta progresiva). — Supongamos que se trata de operar en el ojo derecho, por el conducto lagrimal superior.



Fig. 502
Cuchillo
lanceolar de
Abadie



Fig. 503.— Cuchillo de Weber

Después de haberse colocado detrás de la cabeza del paciente, póngase tenso el párpado é introdúzcase el cuchillo de Weber hasta la pared interna del canal lagrimal, con el corte dirigido hacia abajo y adelante, siguiendo la línea media del borde libre del párpado. Diríjase el mango hacia adelante, como para hacer

bascular el instrumento sobre su botón terminal, hasta practicar la incisión ó sección de casi todo el conducto. Ciertos oculistas prefieren dividir solamente el punto lagrimal.

Retírese el instrumento y reemplácese por un estilete de Bowman, número 1, por ejemplo, cuya extremidad debe ir á chocar contra la pared interna del

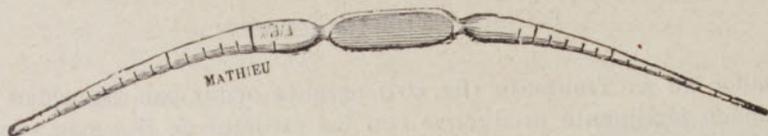


FIG. 504. — Bujía ó sonda bicónica de Weber

conducto lagrimal. Entonces *hágase bascular el estilete hacia adentro, hasta que llegue al arranque ó nacimiento de la ceja, ó mejor, á 10 ó 15 milímetros por dentro de la escotadura supra-orbitaria, en dirección de una línea que partiese de este punto y fuera á terminar al intervalo del canino y del incisivo vecino, ó bien al mismo canino.*

Empújese suavemente el estilete en esta dirección, algo de dentro á fuera y de delante atrás, pues el conducto se abre en la unión de la pared externa de las fosas nasales con el cornete inferior y á 3 centímetros detrás de la ventana de la nariz. La longitud del trayecto es de 20 á 25 milímetros.

Se deja el estilete colocado durante quince ó veinte minutos. En la sesión siguiente se introduce de nuevo el mismo número, se pasa después á un número de más calibre, sin pasar jamás del número 3. El tratamiento es á menudo muy largo, necesitándose á veces muchos meses. La asepsia es de rigor.

Procedimiento de Weber (dilatación forzada ó inmediata progresiva). — Habiendo sido incindido un conducto lagrimal como en el procedimiento de



FIG. 505. — Cuchillo de Stilling

Bowman ó habiendo sido abierto el saco por punción practicada detrás del tendón del orbicular, introdúzcase en el saco la parte de la bujía ó sonda bicónica, cuya extremidad corresponde al número 1 de Bowman: después empújese la con un esfuerzo sostenido en la dirección ya indicada, hasta que haya penetrado 3 centímetros.

Retírese esta parte de la sonda é introdúzcase la otra parte hasta que haya penetrado también 3 centímetros, lo cual da una dilatación de 3 milímetros, que es precisamente la cifra que expresa el diámetro normal del conducto.

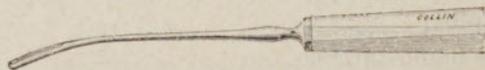


FIG. 506. — Cucharilla de Terson, padre

El procedimiento de Weber, lo mismo que la *stricturotomía* del canal nasal practicada con el cuchillo de Stilling (fig. 505), debe quedar reservado, para el caso en que el procedimiento de Bowman no pueda aplicarse, ya por falta de tiempo, ya á consecuencia de ciertas circunstancias sociales ó porque no haya dado ningún resultado.

La sección del conducto lagrimal superior permite introducir en el saco cucharillas finas, como lo hace á menudo con éxito Terson, padre, de Tolosa (1) (fig. 506), en ciertos casos de dacriocistitis en que el saco no está todavía demasiado distendido.

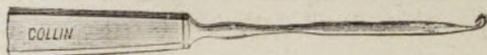


FIG. 507.—Dilatador de Trousseau

El dilatador de A. Trousseau (fig. 507) permite evitar con seguridad las falsas vías, que pueden fácilmente producirse con los estiletos de Bowman y la sonda de Weber.

DACRIOCISTOCENTESIS

La *dacriocistocentesis* ó abertura del saco lagrimal por punción con un escalpelo estrecho ó con la lanza de Abadie, debe practicarse, no por delante, es decir, puncionando la piel en el sitio operatorio de J.-L. Petit, sino en el ángulo mayor del ojo, puncionando la conjuntiva por detrás del tendón del orbicular, entre la carúncula y la comisura interna de los párpados. Ya nos hemos ocupado de este punto al tratar del cateterismo del conducto nasal.

Siendo la situación del saco bien conocida, el manual operatorio no presenta ninguna dificultad.

DACRIOCISTOTOMÍA

COMBINADA CON LA IGNIPUNTURA Y EL RASPADO

La *dacriocistotomía* es la abertura del saco por incisión. Se la practica por el lado de la piel, inmediatamente por debajo del tendón directo del orbicular, y bastante extensa para poner por completo á nuestro alcance la cavidad del saco. Esta cavidad se trata, ya por la cauterización practicada preferentemente con la pieza de ignipuntura del cauterio de Paquelin, ya por el raspado, como lo venimos haciendo desde 1884 (2).

Mandelstamm, Despagnet, Fonseca, Panas han recurrido igualmente los dos primeros al raspado, los otros á la termocauterización.

La dacriocistotomía así completada, encuentra su aplicación, justificada por lo demás por un gran número de éxitos, cuando la estrechez del conducto nasal ha resistido á todos los medios ordinarios (dilatación de Bowman, dilatación de Weber, estricturotomía). La curación tiene lugar con ó sin obliteración definitiva.

Aparato instrumental:

Un pequeño escalpelo de hoja estrecha;

Una pinza anatómica fina;

Dos erinas simples;

Algunas pinzas hemostáticas;

El cauterio de Paquelin;

Una ó dos pequeñas cucharillas cortantes;

Además una pequeña esponja y algunos hilos de ligadura.

Procedimiento del autor (Ojo derecho). — Mientras un ayudante, colocado

(1) Terson (padre). *Ann. d'oculist.*, 1894.

(2) Véase Manhavialle, *Thès. Montpellier*, 1884.

detrás de la cabeza del enfermo, pone fuertemente tensa la comisura externa de los párpados, tirando de ella hacia afuera con el dedo medio de su mano derecha, se reconoce el tendón orbicular que forma prominencia, *primer punto de mira*: reconózcase y márquese la cresta ósea que limita por delante el canal lagrimal y el orificio superior del conducto nasal, *segundo punto de mira*.

Después de haberse colocado enfrente y á la derecha, hágase una incisión cutánea de 12 á 15 milímetros de extensión, que empieza sobre el tendón del orbicular á nivel de la cresta ósea, y que sigue esta cresta hacia abajo y afuera (fig. 508, A B). Hemostasia: la vena y la arteria angulares.

La aplicación momentánea de dos pinzas de forcipresión ó simplemente el toque y compresión con una esponja empapada en agua de Léchelle, bastan para cohibir la hemorragia.

Continúese la incisión inmediatamente debajo del tendón del orbicular sobre la cresta ósea, y divídanse las partes blandas de un solo golpe, hasta la profundidad de 3 milímetros aproximadamente, rasando la cresta ósea con la punta del escalpelo, que uno sostiene levantado y oblicuo en la dirección del canal lácrimo-nasal. En el fondo de la incisión aparece una cavidad gris ó rojiza, cuya cara interna es lisa y está humedecida por las lágrimas. Si el saco está muy distendido por pus ó moco-pus, esta parte de la operación es de las más sencillas.

Después de haber secado esta cavidad, valiéndose de un pequeño pedazo de esponja, mientras que el ayudante levanta y separa el labio externo superior de la incisión con las erinas, protegido el ojo por una pequeña capa de algodón humedecido, introdúzcase la punta de ignipuntura del cauterio de Paquelin en toda la parte superior del saco, sin olvidar el punto de desagüe de los conductos lagrimales; después se la desliza, de arriba abajo, durante algunos segundos, en la parte inferior del saco y el origen del conducto nasal.

Cuando la operación ha terminado, se espolvorea la cavidad con yodoformo ó se la rellena con gasa yodofórmica, y se completa el apósito. La dacriocistotomía nos ha dado varias veces curaciones notables, sobre todo con el raspado.

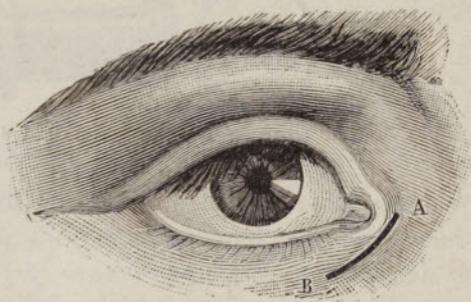


FIG. 508. — Dacriocistotomía (Procedimiento del autor)

LAVADO É INYECCIÓN DE LAS VÍAS LAGRIMALES

La inflamación, es decir, la *infección*, juega un papel tan preponderante en las enfermedades de las vías lagrimales, que la *antisepsia directa debe ser considerada hoy día como el mejor tratamiento, con ó sin el concurso del cateterismo desobstruyente ó dilatador, según los casos*. Pues bien, esta antisepsis sólo puede hacerse por medio de las inyecciones y por el lavado de las vías lagrimales, ya por los puntos y conductos lagrimales, ya por el saco.

Las inyecciones sirven, además, de medio diagnóstico para averiguar la existencia y el sitio de las estrecheces y obliteraciones.

A. *Inyecciones por los puntos lagrimales*. — Nos servimos de una jeringa de Anel (fig. 509) con cánula recta ó curva. Los líquidos empleados varían según las preferencias del práctico: sulfato de zinc, al 1 por 200; nitrato de

plata, al 1 por 300; ácido salicílico, al 3 por 1000; sublimado corrosivo, al 1 á 2,5 por 1000; ácido bórico, al 30 por 1000.

Estando el párpado superior moderadamente tenso hacia afuera y el punto lagrimal algo evertido con los dedos de una mano, introdúzcase en este punto y después en el conducto el extremo de la cánula, como si fuera un estilete de

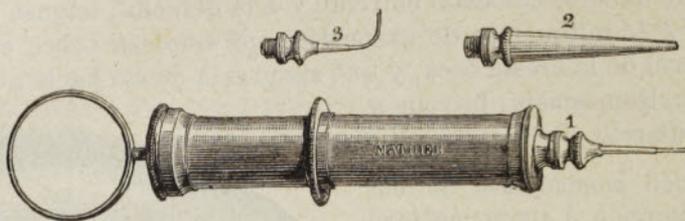


FIG. 509.— Jeringa de Anel

Bowman; asegúrese bien de que la cánula está en el conducto, á fin de evitar el hacer la inyección en los tejidos próximos, accidente que ha tenido lugar más de una vez; empújese suave y lentamente el pistón con la mano pasada por el anillo terminal; si las vías están libres, el líquido rezuma por el punto lagrimal inferior y por la nariz. Retírese la cánula, exprímase el saco por una ligera presión hecha con el extremo del índice, cárguese de nuevo la

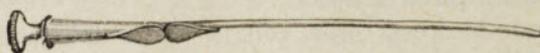


FIG. 510.— Sonda de Weber

jeringa y comiencese otra vez la inyección, del mismo modo que acabamos de decir.

Si la inyección es imposible por el punto lagrimal superior, se hace por el punto inferior. Si los dos puntos están obliterados, se intenta hacerla mediante el corte transversal de un conducto.

B. *Inyecciones por el saco.* — Cuando el saco ha sido abierto ó se ha abierto espontáneamente, ya del lado de la piel, ya del del lago lagrimal, puede servir también para las inyecciones la jeringa de Anel con su cánula cur-

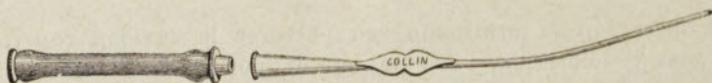


FIG. 511.— Sonda de de Wecker

va, que se hace penetrar hasta la entrada del conducto nasal. Pero si el cirujano quiere dilatar y modificar directamente la estrechez que tiene su asiento en este conducto, es preciso recurrir, ya á la sonda hueca de Weber (fig. 510), ya á la de mandril de Wecker (fig. 511), sobre la cual se monta ó encaja luego la jeringa de Anel ú otra análoga. La sonda debe ser retirada lentamente y con cuidado mientras se empuja el líquido.

ESTRABOTOMÍA Y ADELANTAMIENTO CAPSULAR

La *estrabotomía* es una operación indicada en la desviación del ojo ó *estrabismo* y que consiste en seccionar el tendón bulbar de uno ó de dos músculos extrínsecos del ojo: es una verdadera tenotomía al descubierto. Unas veces es simple, otras veces va seguida del retroceso del tendón y otras va combinada

con el adelantamiento ó *prorrafia* del tendón del músculo antagonista. (Sutura del tendón en un punto anterior á su inserción normal).

La simple tenotomía basta para una desviación de dos á cuatro milímetros. La tenotomía debe ir acompañada de un extenso desbridamento ó liberación del tendón, si la desviación es de 4 á 5 milímetros. — Finalmente á 5 milímetros y más allá de los 6, es preciso repartir la corrección sobre los dos ojos y repetir la operación en el músculo congénere ó bien adelantar el antagonista del músculo seccionado.

A.—ESTRABOTOMÍA SIMPLE Ó CON RETROCESO DEL TENDÓN

Aparato instrumental:

Un blefarostato (fig. 512) ó dos separadores de los párpados (fig. 513).

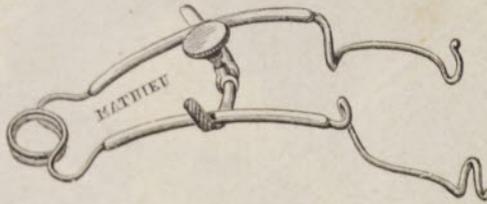


FIG. 512.—Blefarostato

Dos pinzas de garra, de Waldau ó de Græfe (fig. 514);

Dos tijeras pequeñas curvas romas;

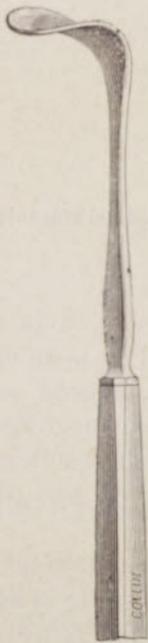


FIG. 513

Separador palpebral



FIG. 514

Pinza de Waldau



FIG. 515

Gancho de estrabotomía

Dos ganchos llamados de estrabotomía, uno grande y otro pequeño (fig. 515);

Una ó dos agujas finas curvas, provistas de una hebra fina de seda.

Procedimiento. — Supongamos que se trata de operar sobre el tendón del músculo recto interno, que por lo demás es el caso más común, dada la frecuencia del estrabismo convergente (ojo derecho).

1.º *Incisión de la conjuntiva y descubrimiento del tendón.* — Después de haberse colocado detrás de la cabeza del enfermo, aplíquese el blefarostato, cójase la conjuntiva bulbar con una pinza de garra ó de diente de ratón junto al borde interno de la córnea (á 2 milímetros), á nivel del diámetro transversal, atráigase el ojo hacia afuera lo más posible y confíese la pinza á un ayudante el cual debe cuidar de mantenerlo en abducción.

Con otra pinza de garra, que se sostiene con la mano izquierda, cójase la

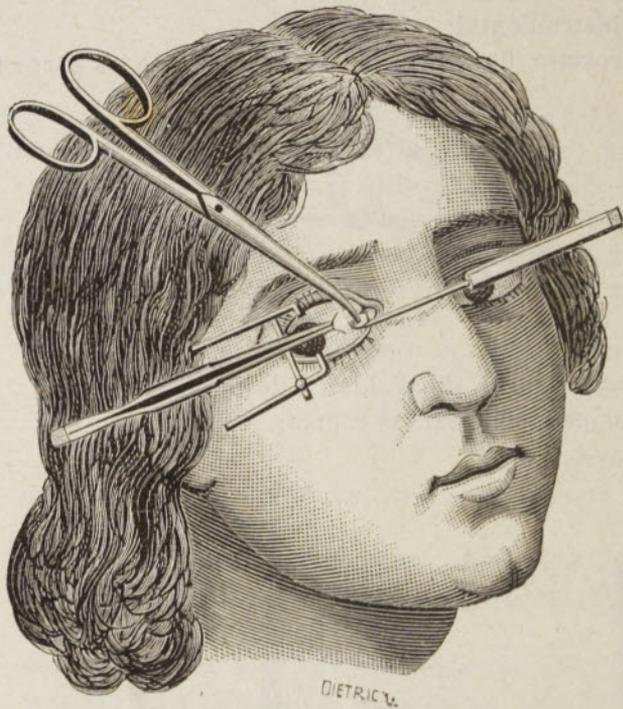


FIG. 516.— Estrabotomía simple ó con retroceso del tendón. Sección del tendón del músculo recto interno con las tijeras

conjuntiva á 5 milímetros y medio por dentro del limbo corneal, á la misma altura que la primera pinza, y levántese un pliegue horizontal de la mucosa.

Con la punta de las tijeras, cogidas con la mano derecha, hágase una pequeña incisión en el pliegue conjuntival, del lado de la córnea; luego despréndase y póngase al descubierto el tendón del músculo por diéresis practicada con instrumento romo (extremidad ó punta cerrada de las tijeras), en una altura ó extensión de 7 á 8 milímetros.

2.º *Carga ó prehensión del tendón.* — Mientras que un ayudante mantiene el ojo vuelto hacia afuera sepárese con una pinza el labio interno de la herida ó incisión conjuntival, deslícese de plano la extremidad del gancho romo mayor debajo del borde superior ó del borde inferior del tendón y abrácesele con la concavidad del gancho por un movimiento de rotación, haciendo alguna fuerza, si es preciso, pero manteniendo siempre la parte convexa del gancho contra la esclerótica.

3.º *Sección del tendón.* — Mientras que se atrae hacia adelante y se levanta algo el tendón con el gancho, pásense las tijeras entre el gancho y la in-

serección esclerótica, mirando la concavidad de las tijeras hacia el ojo, divídase el tendón á pequeños cortes, al ras de la esclerótica (fig. 516). Finalmente, asegúrese el cirujano, con el pequeño gancho romo, de que no quedan fibras tendinosas sin cortar.

4.º *Apreciación ó graduación de la corrección y manual complementario.* — Según sea el grado de la desviación actual, puede el práctico verse obligado á atenuar ó aumentar los efectos inmediatos de la tenotomía.

En el primer caso, límitese estrictamente á la sección del tendón, respetando las adherencias de la cápsula de Tenon á la esclerótica; además, algunas veces, convendrá reunir la herida conjuntival por dos puntos de seda muy apretados, uno oblicuo hacia arriba y adentro, el otro oblicuo abajo y adentro.

En el segundo caso, descúbrase extensamente el tendón en su superficie y sus bordes, para librarse de sus conexiones con la cápsula de Tenon y obtener así el retroceso ó reculamiento conveniente. Si es necesario, manténgase el ojo en abducción por medio de una asa de hilo que abrace la conjuntiva bulbar por el lado externo y fijense los extremos de dicha asa sobre las sienes por medio de una cinta ó tira al colodión.

B.—ESTRABOTOMÍA CON ADELANTAMIENTO DEL TENDÓN ANTAGONISTA

Supongamos que se trata de remediar un estrabismo convergente muy pronunciado.

Procedimiento de Abadie.—Practíquese primero la tenotomía del músculo recto interno, según el manual operatorio arriba indicado.

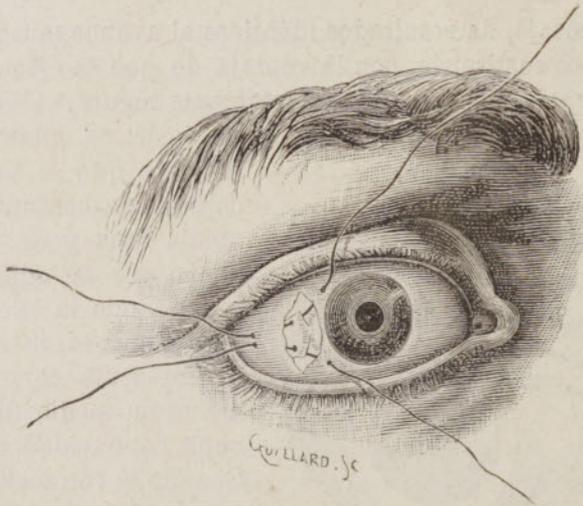


FIG. 517.—Estrabotomía con avance del tendón antagonista. Sutura del colgajo conjuntival, del tendón y del colgajo comisural (Abadie)

Trácese en la conjuntiva, junto al mismo borde externo de la córnea, una incisión curva de concavidad dirigida hacia el músculo recto externo. Terminada esta incisión, los labios de la herida conjuntival se entreatren y el colgajo, situado del lado de la comisura, *colgajo comisural*, se separa del otro (fig. 517); bájese este colgajo con una pinza de garra y excíndase del mismo una porción de 2 milímetros de grueso aproximadamente.

Póngase cuidadosamente al descubierto el cuerpo y el tendón del músculo,

despréndasele, levántesele con un gancho romo grande y córtesele al ras de la esclerótica, pero respetando momentáneamente las fibras de las inserciones medias para tener el tendón á nuestro alcance.

Pásense las agujas y los hilos de sutura, atravesando sucesivamente el colgajo conjuntival bulbar, el músculo cogido y levantado con una pinza, y luego el colgajo comisural (fig. 517).

Cójanse con las pinzas las fibras de inserción medias y dividaselas á su vez de un tijeretazo.

Finalmente, mientras que un ayudante coge vigorosamente con dos pinzas de garra la conjuntiva bulbar por encima y por debajo del diámetro vertical de la córnea y dirige fuertemente el globo ocular hacia la comisura externa, apriétense y anúdense los hilos de sutura. El avance está hecho.

Para impedir la retracción del músculo que ha de ser adelantado, de Wecker coge el tendón entre las ramas de un gancho especial (fig. 518) antes de proceder á su sección.

C. — ADELANTAMIENTO CAPSULAR

Esta operación, introducida por Wecker (1) en la práctica, consiste en aumentar la fuerza de un músculo insuficiente, aproximando á la córnea las aletas capsulares que acompañan á su inserción tendinosa. «Prestándose per-



FIG. 518.— Doble gancho de estrabotomía de de Wecker

fectamente á un dosaje, da resultados idénticos al avance muscular, y puede en la mayoría de casos sustituirle, con la ventaja de que su ejecución es más sencilla y más rápida, sin dejar de ser perfectamente segura.» (Masselon).

Procedimiento de de Wecker. — Excíndase ó córtese delante del tendón del

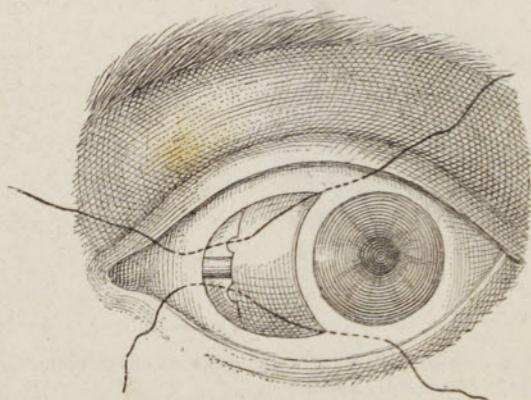


FIG. 519.— Adelantamiento capsular de de Wecker

músculo que se quiere reforzar un colgajo de conjuntiva en forma de media luna y de 5 milímetros de ancho por 10 milímetros de largo, practicando la excisión de tal manera, que la inserción tendinosa del músculo corresponda exactamente en medio de dicho colgajo, cuya concavidad rodea la córnea. Cuando la retracción de la conjuntiva ha dejado extensamente al descubierto la cápsula de Tenon á los lados del tendón, incíndase esta cápsula junto á su inserción tendinosa y despréndasela por debajo del músculo y lateralmente. Sutúrese la cápsula, atrayéndola hacia adelante, por dos puntos de sutura colocados cerca de los bordes superior é inferior de la córnea (fig. 519). No se toque el tendón.

La graduación del efecto corrector se hace según el grado de desprendimiento y según la mayor ó menor porción de cápsula interesada con las suturas.

(1) De Wecker (*Acad. des sciences*, 15 Octubre de 1883, y *Ann. d'oculist.*, t. XC., pág. 188, 1884).

NEUROTOMÍA ÓPTICO-CILIAR

Esta operación, conocida generalmente con el nombre de *enervación del globo ocular* (Dianoux), consiste en dividir los nervios ciliares y el nervio óptico á la vez antes de su entrada en el bulbo. Rondeau, en 1866, fué quien la ideó, así como Boucheron fué el primero que demostró su utilidad práctica.

La neurotomía óptico-ciliar conviene especialmente en las formas benignas de la oftalmía simpática, pero debe ceder su lugar á la enucleación del ojo cuando se trata de la oftalmía simpática verdadera, cuya marcha fatal no puede ser detenida de otro modo (Abadie). Sin embargo, sucede bastante á menudo que los efectos de la neurotomía óptico-ciliar no son duraderos y definitivos, como, por lo demás, se observa en general en la simple neurotomía. Y por esta razón es que Schweigger excinde el nervio óptico, al ras de la esclerótica, cuando el bulbo ha sido luxado hacia afuera después de la sección de los nervios ópticos.

Aparato instrumental:

- Dos separadores de los párpados;
- Dos pinzas de Waldau;
- Un par de tijeras pequeñas, romas y curvas;
- Un gancho de estrabotomía;
- Las tijeras hemostáticas de Warlomont (fig. 520);
- Una aguja provista de una hebra fina de catgut.

Procedimiento del autor.— Separados los párpados por un ayudante, cójase la conjuntiva bulbar con una pinza de garra, junto al borde externo de la córnea, á la altura del diámetro transversal, y confíese la pinza á otro ayudante que debe tirar del ojo hacia adentro. Cójase la conjuntiva con otra pinza de diente de ratón á 7 milímetros y medio por fuera de la córnea, levántese un pliegue horizontal de la mucosa, incídasele y procédase, según las reglas ya conocidas, á la sección del músculo recto-externo. Luego, con las tijeras, agrándese de 5 milímetros aproximadamente, arriba y abajo, la herida ó incisión conjuntival.

Mientras se separa el labio externo de la herida y el ayudante continúa tirando del ojo hacia adentro, dénútese la cara externa de la esclerótica hasta el nervio óptico, que se reconoce, tenso como una cuerda, con la extremidad cerrada de unas pequeñas tijeras curvas y romas.

Introdúzcanse las tijeras de Warlomont hasta el nervio, por detrás de la esclerótica y secciónesele.

Lúxese el bulbo hacia afuera de la cavidad orbitaria de modo que se vea bien el punto de inserción del nervio óptico, y complétese, si es preciso, la sección de los nervios ciliares, que forman corona alrededor del nervio.

Vuélvase á colocar el bulbo ocular en su sitio, suturese el tendón del músculo recto externo al labio ó borde interno de la herida conjuntival, y reúñase luego el resto de la herida.

La neurotomía óptico-ciliar no va acompañada casi nunca de trastornos tróficos por parte de las membranas del ojo, si se opera con una asepsia rigurosa.

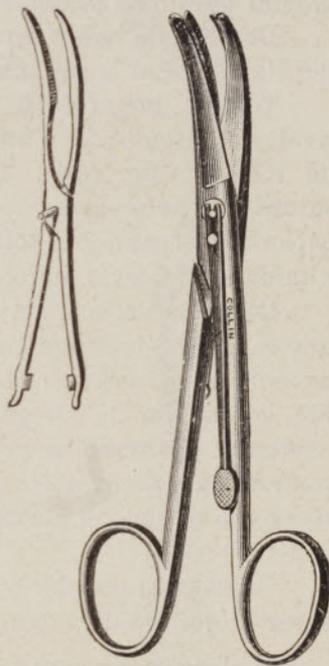


FIG. 520.— Tijeras hemostáticas de Warlomont

ELONGACION DEL NERVIO ÓPTICO

Parece que la elongación del nervio óptico está próxima á desaparecer por completo del cuadro terapéutico de la oftalmía simpática, como la misma neurotomía óptico-ciliar, á la cual tuvo al principio la pretensión de sustituir. Muchos oculistas, entre otros A. Trousseau y A. Terson, llegan á proscribir estas operaciones de una manera absoluta, porque siempre hacen perder un tiempo precioso y pueden algunas veces agravar la situación.

He aquí, sin embargo, mientras este asunto no quede resuelto, el procedimiento puesto en práctica y descrito por Wecker (1):

Después de haber separado los párpados, despréndase la conjuntiva tangencialmente al borde interno de la córnea, en la extensión de 2 centímetros.

Tómese, luego de haber perfectamente desprendido el tejido subconjuntival, el músculo recto interno sobre una de las ramas del doble gancho de Wecker (fig. 518). Despegado cuidadosamente el músculo, pásese una sutura á través de su tendón; después, retirando el gancho, despréndase la cápsula de Tenon y el tejido celular subyacente al globo ocular, hasta la proximidad del nervio óptico, por medio de una espátula roma.

Cójase el nervio con un fuerte gancho de estrabismo, y al mismo tiempo que se inclina fuertemente el globo ocular hacia afuera (sujeto junto al borde externo de la córnea con la pinza de fijación), aproxímese tanto como sea posible, con ayuda de un gancho, la inserción ocular del nervio hacia el plano orbitario. La tracción debe ser bastante enérgica para que el operador, después de haber entregado al ayudante la pinza de fijación, pueda cómodamente tocar con el dedo el nervio óptico y darse cuenta de su implantación en el globo ocular.

Retírese el gancho y fijese el músculo recto interno á la conjuntiva con la sutura colocada de antemano.

La elongación puede asimismo ser practicada del lado externo de la órbita, como la neurotomía óptico-ciliar.

ENUCLEACIÓN DEL GLOBO OCULAR

Esta operación, perfectamente reglada por Bonnet basándose en los datos anatómicos, consiste en extirpar únicamente el bulbo, desinsertando los músculos y dejando intacta la cápsula de Tenon (fig. 521).

Está principalmente indicada en la oftalmía simpática grave, en los muñones dolorosos, en la panofalmitis supurada, en los neoplasmas del bulbo cuando estos neoplasmas no han franqueado todavía la cáscara del ojo.

Los dos grandes principios técnicos que hay que tener presente son: la conservación de todos los músculos peribulbares y la conservación integral de la cápsula de Tenon sin efracción de la cavidad posterior de la órbita.

Aparato instrumental:

Dos separadores de párpados;

Dos pinzas de Waldau;

Tijeras curvas romas, de mediano tamaño;

Un gancho de estrabotomía ó la cucharilla-garfo de Terson (padre) «que luxa y suspende el ojo, al mismo tiempo que le protege» (fig. 522).

Procedimiento de Tillaux. — Estando los párpados separados y el ojo colo-

(1) De Wecker (*Ann. d'oculist.*, 12.^a serie, t. V, pág. 142, 1881).

cado en adducción por un ayudante, como en la neurotomía óptico-ciliar, divídase la conjuntiva y la fascia subconjuntival con las tijeras curvas á nivel de la inserción en la esclerótica del músculo recto externo, es decir, á 7 milímetros y medio por detrás de la córnea.

Cárguese y divídase el tendón de este músculo, á cierta distancia de la esclerótica, para conservar su inserción.

En vez de continuar la sección de los tendones alrededor de la córnea, cójase el bulbo con las pinzas por la inserción conservada, aumentese la adducción lo más posible é introdúzcanse inmediatamente las tijeras por el ojal conjuntival hasta llegar al nervio óptico. La punta ó pico de las tijeras debe rasar siempre la esclerótica y su concavidad estar vuelta hacia esta membrana.

Divídase el nervio óptico á su entrada en el bulbo.

Cójase el polo posterior del bulbo con una pinza

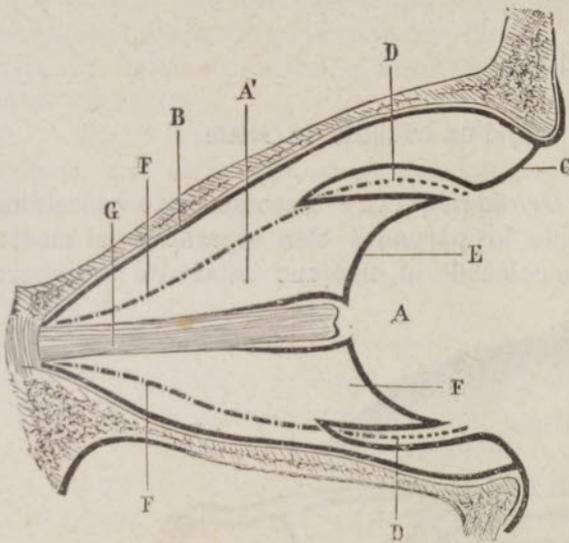


FIG. 521.—Departamento anterior de la órbita, después de la ablación del globo ocular (Tillaux)

A, departamento anterior de la órbita: A', departamento posterior: B, periostio orbitario: C, hoja palpebral de la aponeurosis orbitaria: D D, tendones de los músculos rectos superior é inferior: E E, hoja ocular de la aponeurosis orbitaria (cápsula de Tenon): F F, músculos rectos superior é inferior: G, nervio óptico



FIG. 522

Cucharilla - garfo de Terson (padre)

de garfio y atráigasele hacia afuera á través del ojal conjuntival; después córtense las inserciones de los dos oblicuos, la de los otros músculos rectos y el resto de la conjuntiva bulbar.

La cucharilla-garfio de Terson simplifica y favorece singularmente la sección del nervio y la luxación del globo.

La hemostasia se hace fácilmente por la compresión momentánea con un tapón ó torunda de gasa antiséptica ó aséptica.

Una vez obtenida ésta, si no se ha operado en plena supuración, se sutura la conjuntiva en forma de bolsa (Wecker), ó bien, á imitación de Panas, después de haber lavado la cápsula de Tenon con una solución de biyoduro de mercurio al 1/25000, se reúne la conjuntiva por dos puntos de sutura, colocando en el ángulo de la herida un pequeño tubo de drenaje cortado en canal.

Los resultados de la operación son hoy día casi constantemente favorables ó buenos, gracias al empleo riguroso del método antiséptico, exceptuando los casos de pa-

noftalmítis, en los cuales la enucleación se termina aún, alguna que otra vez, por una meningitis mortal. Los músculos conservados forman con el resto de las partes blandas un pequeño muñón móvil y susceptible á su vez de imprimir movimientos á un ojo artificial.

AMPUTACIÓN DEL SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO

La amputación del segmento anterior del ojo consiste en la ablación de la córnea, del iris y de la zona ciliar, con ó sin el cristalino, según los casos.

Las indicaciones son, según Truc y Valude: el estafiloma total, la irritación simpática en los leucomas adherentes y los tumores malignos anteriores.

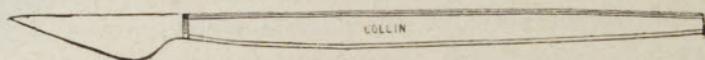


FIG. 523.—Cuchillo de Beer

Aparato instrumental:

Un blefarostato ó separadores;

Una pinza de Waldau;

Un cuchillo de Beer (fig. 523) ó un cuchillo de Græfe;

Tijeras y pinzas.

Procedimiento de Gillet de Grandmont (1).—Recomendado especialmente en la oftalmía simpática. Estando los párpados bien separados por medio del blefarostato, después de haberse colocado el cirujano detrás de la cabeza del

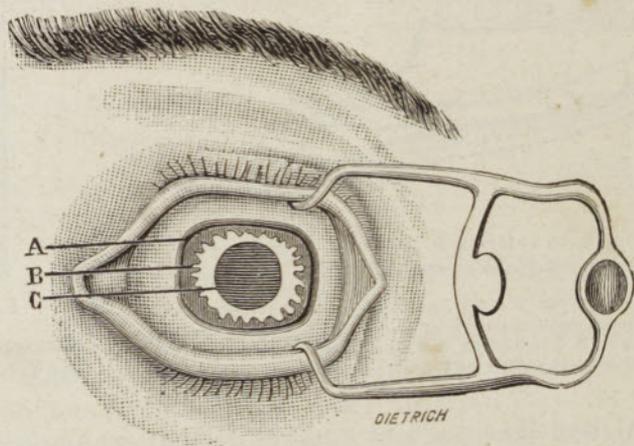


FIG. 524.—Procedimiento de Gillet de Grandmont

A, corte de la esclerótica y de la conjuntiva bulbar; B, corona ciliar; C, cristalino en su cápsula

enfermo, cójase con la pinza fijadora, sostenida con la mano izquierda, un pliegue de conjuntiva y tejido celular subconjuntival en la parte inferior del globo, y vuélvase ligeramente éste hacia adentro, si se trata del ojo derecho, y hacia afuera, si se trata del izquierdo.

Armándose entonces con el cuchillo de Beer, cogido con la mano derecha, con el corte hacia arriba, punciónese el ojo á nivel del diámetro horizontal, unos 2 á 3 milímetros por detrás del limbo esclero-corneal.

Practicada la punción y después de haberse asegurado que el cuchillo ha penetrado realmente detrás del iris, empújesele con valentía y hágase la contra-

(1) Sabaterie (*Thèse de Paris*, 1883).

punción en el punto diametralmente opuesto. Firmemente sostenido el cuchillo en un plano vertical, paralelo al iris, córtese por pequeños movimientos de vaivén un primer colgajo correspondiente á la mitad del hemisferio anterior del globo.

Suéltese el pliegue de la conjuntiva, cójase con la pinza el vértice del colgajo así tallado y aplíquese sobre el colgajo inferior (futuro).

Llévese entonces el cuchillo al punto de intersección de los dos colgajos, con el filo hacia abajo, y córtese el colgajo inferior también por pequeños movimientos de vaivén.

Quitese el blefarostato con precaución y déjense caer los párpados sobre el muñón, para comprimirle é impedir que se derrame el humor vítreo. La operación ha terminado (fig. 524).

La curación se verifica en tres semanas ó un mes á lo más.

Procedimiento de Truc y Valude (1).—Separados los párpados, preparado y fijo el ojo, diséquese la conjuntiva por detrás y al ras de la córnea, pásese un hilo formando bolsa, despréndase después el segmento anterior á 5 milímetros más allá del limbo, con el cuchillo de Beer ó el de Græfe y las tijeras:

«1.º *Con el cuchillo de Græfe.*—Hágase una punción y una contrapunción en el diámetro horizontal, incíndase de atrás á delante de manera que resulte un colgajo superior y otro inferior, que se eliminan luego sucesivamente con uno ó dos tijeretazos, y ciérrase después la sutura en bolsa.

»2.º *Con el cuchillo de Beer* punciónese hacia abajo é incíndanse las tres cuartas partes del segmento anterior, despréndase después el colgajo mediante un corte de tijera y ciérrase la sutura en bolsa.»

En lugar de practicar la sutura en bolsa (fig. 525) se puede, después de la exéresis, reunir los labios á la herida esclero-conjuntival por cuatro ó cinco puntos de sutura, tal como lo practicamos habitualmente en la estaflectomía. La reunión inmediata es, de todos modos, la regla. Gracias á la conservación del cuerpo vítreo ó por lo menos de su mayor parte, se tiene un muñón voluminoso, móvil y que se presta bien á la prótesis. ¿Pero se puede tener confianza en la eficacia duradera de esta operación, en la oftalmía simpática?

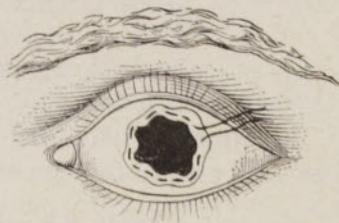


FIG. 525. — Sutura en bolsa después de la amputación del segmento anterior del ojo

EXENTERACIÓN DEL OJO

He aquí otra operación rival de la enucleación para el tratamiento la oftalmía simpática. Su entrada en escena se remonta á 1884. La debemos á de Græfe.

Consiste esta operación en amputar el segmento anterior del ojo á 1 ó 2 milímetros por detrás del limbo esclero-corneal y en vaciar el globo ocular de modo que sólo quede de él la cáscara exterior ó sea la esclerótica.

Aparato instrumental:

Un blefarostato;

Un cuchillo de de Græfe;

Tijeras rectas y curvas;

Pinzas de diente de ratón;

Una cucharilla cortante de Volkmann de regular tamaño (fig. 526),

Y cinco ó seis agujas curvas provistas de hilo de seda fina.

(1) Truc y Valude. *Nouv. élém. d'ophtalmologie*, pág. 500, II, 1896.