

La operación comprende dos tiempos: la *reducción* y la *contención* o *inmovilización por el vendaje enyesado*, y estos tiempos se ejecutan de igual manera que en el enderezamiento de la gibosidad pòttica. La única diferencia que puede haber es que el cirujano se vea obligado a aumentar la fuerza de tracción, esto es, a emplear más ayudantes, cuatro en vez de tres a cada extremo: debemos hacer notar también que se aplica sobre la *gibosidad costal* la presión directa, mientras se practica la extensión forzada del raquis. Si es preciso, se completa el enderezamiento al quitar el primer aparato al tercer mes.

Cuando el paciente ha sido retirado del aparato de suspensión de Sayre, «se corta el vendaje (lo mismo que en el mal de Pott) con un escalpelo sobre las mejillas y el mentón, a fin de dejar en completa libertad al maxilar inferior. Se pueden igualmente dejar libres los huecos axilares y aun la frente hasta la línea de implantación del cabello.

«Si el aparato quedase muy apretado y dificultara sensiblemente la respiración, será prudente *abrirlo por medio de una incisión media anterior* y dejar que se separen sus bordes de 1 a 2 centímetros, con tal de que se les mantenga a esta distancia por medio de una venda arrollada circularmente por encima del aparato.

»Para ayudar a la dilatación del tórax del lado deprimido, se practica *una ventana* de 10 a 15 centímetros en la parte del aparato que corresponda a esta depresión.»

## VII. — FIJACIÓN APOFISARIA DIRECTA DE LAS VÉRTEBRAS

(Operación de Chipault)

Renunciando a la ligadura de las vértebras por medio de gruesos alambres de plata, hilos que pasaba en forma de 8 de guarismo alrededor de las apófisis espinosas correspondientes a la desviación vertebral (mal de Pott, escoliosis y cifosis esenciales), Chipault (1) sólo emplea hoy para fijar las vértebras, en cuanto quedaron reducidas, *garfios* de diferentes modelos, unos flexibles y suaves, otros rígidos «destinados a hacer más fácil y rápida todavía la fijación de las apófisis espinosas unas a otras». Estos garfios duplican la resistencia del raquis normal, son bien tolerados por los tejidos y no dificultan el desarrollo de las vértebras.

«Terminada esta fijación o inmovilización apofisaria, dice Ombredanne, el segundo tiempo de la maniobra destinada a obtener la contención completa o perfecta, consiste en fijar al enfermo sobre una plancha perforada especial.

»La plancha de madera blanca con marco de roble está perforada a nivel de las nalgas para permitir la defecación. A nivel de los miembros tiene orificios destinados a permitir el paso de las correas que han de servir para inmovilizarlos. Finalmente, en las partes laterales de esta plancha hay dos rieles que sostienen los compresores metálicos destinados a obrar directamente sobre las incurvaciones patológicas para mantenerlas corregidas.

»Si se trata de una deformación de convexidad posterior, se fija al enfermo por medio de correas en decúbito dorsal, y las placas metálicas laterales desempeñan simplemente el papel de fijadores laterales y se colocan a una y otra parte de la lesión.

»Si se trata de una desviación lateral, se fijarán en los rieles laterales tres placas, una ancha del lado de la convexidad, y dos más estrechas dispuestas en sentido inverso, sobre los dos extremos del eje.»

## VIII. — OPERACIONES LATERORRAQUIDIANAS PARA ATACAR DIRECTAMENTE EL MAL DE POTT

La gibosidad, el absceso intra o perivertebral, el absceso por congestión aparente o todavía oculto, la parálisis, todas estas manifestaciones o lesiones son consecuencia, como es sabido, en el verdadero mal de Pott, de la tuberculosis de los cuer-

(1) Chipault, *Acad. de médecine*, 11 de Agosto de 1897.

pos vertebrales. Es lógico, por lo tanto, que muchos cirujanos hayan decidido dirigirse directamente al foco morbozo, a los mismos cuerpos vertebrales, a fin de extirpar, a ser posible, allí, como en otras partes, todo el territorio ocupado por la tuberculosis inicial, en lugar de limitarse únicamente al empleo de la inmovilización, de las inyecciones modificadoras (yodoformo, naftol alcanforado, etc.) y de la extensa incisión inferior de los abscesos emigrantes o emigrados, medios cuyo gran valor terapéutico es preciso, por lo demás, no desconocer.

Para llegar a los cuerpos vertebrales, se puede pasar por el conducto raquídeo, gracias a la *laminectomía* (véase pág. 545), desviando o separando la médula a uno u otro lado, un cierto número de operaciones han sido ya practicadas por esta vía, algunas con éxito. Pero la vía de elección, la que da más facilidad, seguridad y eficacia, es sin duda la vía lateral, como Michaux lo aseguraba todavía con insistencia, en 1894, en el Congreso de Cirugía de Lyon: nos abrimos camino contorneando el conducto raquídeo para poder obrar mejor sobre la serie de los cuerpos vertebrales.

El cirujano posee hoy procedimientos para el ataque lateral de la columna raquídea bien reglados y sistematizados, no sólo para las regiones abordables del raquis (cuello y región lumbar), simplemente defendidas por partes blandas, sino también para las regiones dorsal y sacra, que la presencia de las costillas o su profundidad en la excavación pelviana parece hacer inaccesibles. El único problema que hay que resolver todavía y que es ciertamente de los más difíciles, es el que se refiere a la necesidad y oportunidad de las operaciones laterorraquídeas en el tratamiento del mal de Pott. Entretanto, se debe, según creemos, hacer especial mención de los bellos resultados que Ménard (1) (de Berck-sur Mer) ha obtenido en la paraplegia póstica.

La operación debe siempre ser practicada a nivel del foco tuberculoso primitivo o de origen, foco que se determina, ya por el sitio de la gibosidad, ya por el sitio y el trayecto del absceso emigrante, ya por la extensión y caracteres de la parálisis; ya, finalmente, por el punto máximo del dolor raquídeo o bien por varios de estos signos a la vez. Si el absceso emigrante se ha abierto ya dando lugar a una fistula, ésta, como se sabe por experiencia, no puede casi nunca servir por sí misma y por sí sola para precisar el punto de partida: se ve entonces el cirujano obligado a intervenir por presunciones y tanteos, ajustándose al mismo tiempo cuanto sea posible a las reglas generales de la técnica típica, y a pesar de todo el cuidado debido, muy a menudo la operación queda incompleta.

En todo caso, el tratamiento operatorio del absceso por congestión o de la fistula que lo ha reemplazado (raspado, cauterización, drenaje), es asociado al tratamiento operatorio final o fundamental, que tiene por objeto limpiar el centro y las caras de los cuerpos vertebrales enfermos (extracción de secuestros, rascamiento, excavación, tunelización, cauterización, drenaje uni o bilateral).

Entre los procedimientos típicos yuxtarráquidos, unos se refieren a las vértebras cervicales, otros a las vértebras dorsales, otros a las vértebras lumbares, otros, por último, a la cara anterior del sacro. Necesariamente en la práctica se impondrán diversas combinaciones de los mismos.

**A. Región cervical.** — En esta región se puede atacar lateralmente la cara anterior de las vértebras por medio de una incisión, que costea el borde anterior del esternocleidomastoideo, como para la ligadura de la parte superior de la carótida primitiva (procedimiento de Burckardt) (2) o por una incisión practicada sobre el borde posterior e inferior del mismo músculo (procedimiento de Chalot), calcada en parte sobre la que Chassaignac ha preconizado para la ligadura de la arteria vertebral por debajo del tubérculo carotídeo.

(1) Ménard, *Recue d'orthop.* (1894), pág. 47; *X<sup>e</sup> Congrès intern. de Rome*, 29 de Marzo a 5 de Abril de 1894; *Archives prov. de Chirurgie* (1894), pág. 297; *Congrès fran. de Chirurgie* (Lyon, 1894), pág. 645.

(2) Burckardt, *Centr. f. Chir.*, pág. 57 (1888).

1.º Procedimiento de Burckardt y J. Reverdin. *Incisión alta preesternomastoidea*. — Es especialmente aplicable a la tuberculosis de las cuatro primeras vértebras cervicales, y es sobre todo ventajoso al mismo tiempo que cómodo en los casos de abscesos osifuentes retrofaríngeos, como lo han observado a su vez Kramer (1) y J.-L. Reverdin (2).

Colocada una almohada debajo del cuello y establecida la anestesia, practíquese a lo largo del borde anterior del esternocleidomastoideo una incisión cutánea, de 5 a 6 centímetros de longitud, cuyo punto medio corresponda al borde superior del cartílago tiroideo (figs. 570, 1, y 571, 1). Divídase el cutáneo, sepárense o córtense entre ligaduras las venas que se encuentren y divídase después la aponeurosis cervical sobre el borde anterior del esternocleidomastoideo.



Fig. 570

1. incisión de Burckardt y J. Reverdin para el absceso osifuyente retrofaríngeo; 2, incisión de Chalot para el absceso osifuyente supraclavicular.

Mientras que un ayudante separa este músculo hacia fuera, manteniéndose lo más cerca posible de la laringe, se reconoce la carótida primitiva, que se separa igualmente hacia fuera, se aplica el dedo delante de los cuerpos vertebrales y se le hace remontar, según sea necesario, hasta que se experimenta la sensación del tejido esclerosado de defensa que rodea la colección purulenta.

Una vez allí, inmediatamente por encima de la barrera conjuntiva debajo de la pared faríngea, con la punta del escalpelo, o mejor, con el pico de la sonda acanalada o la extremidad del dedo, penétrese a la fuerza dentro de la cavidad puriémula, y cuando el pus se ha derramado al exterior después de haber agrandado la abertura con unas pinzas dilatadoras o también con el dedo, si es necesario, explórese de abajo arriba la cara anterior del cuerpo de las vértebras; después, si es posible, extráiganse los secuestros, ráspense o excáven-

se los huesos, y, finalmente, colóquese un grueso tubo de drenaje de caucho, o una gruesa mecha o lechino de gasa yodofórmica en la cavidad. Ninguna sutura.

Auffret (de Brest) prefiere abrir los abscesos fríos retrofaríngeos *por la boca*, como se hace comúnmente para los abscesos calientes del mismo sitio. La incisión se practica entonces sobre la línea media de la pared posterior de la faringe, en una altura de 5 o 6 centímetros.

La vía bucal tiene indudablemente sus ventajas y puede tener su aplicación. Pero a lo menos, según nuestro parecer y el de J.-L. Reverdin, la operación de Burckardt debe ser considerada como la operación o procedimiento de elección: es fácil; se presta mejor a la exploración directa en una extensión mayor; da más espacio para ciertas intervenciones o precauciones eventualmente necesarias, tales como la ablación de secuestros, el raspado y el drenaje; permite, por último, el empleo regular de los tópicos antisépticos usados en semejantes casos.

Mucho tiempo antes que Burckardt, Chiene (de Edimburgo) había indicado un procedimiento que nos pone igualmente en situación de atacar por su flanco los abscesos retrofaríngeos, y este procedimiento ha sido sucesivamente aplicado por

(1) W. Kramer, *Centr. f. Chir.*, pág. 233 (1892).

(2) J.-L. Reverdin, *Cong. de Chir.*, Lyon, pág. 567 (1894).

Boéchat, Watson-Cheyne, Phocas, etc. Se ha objetado a este método operatorio, el que, practicándose la incisión sobre el borde posterior del esternocleidomastoideo, nos vemos obligados a pasar por detrás del paquete vásculonervioso (yugular interna, carótida, nervio vago) para llegar a los cuerpos vertebrales que cubre el absceso. ¿Constituye esto verdaderamente un defecto capital? Por nuestra parte no lo creemos. Es posible, por el contrario, que, enfrente de ciertas disposiciones o circunstancias topográficas, sea ventajoso algunas veces seguir con preferencia este procedimiento de Chiene algo más delicado.

2.º Procedimiento de Chalot. *Incisión baja retroesternomastoidea.* — Exista ya o no exista todavía un absceso supra o subclavicular (en el primer caso la operación es naturalmente más fácil), proponemos para combatir el mal de Pott cervical inferior o cérvicodorsal, llegar hasta los cuerpos vertebrales por una incisión vertical de 5 a 6 centímetros de longitud que se hace sobre el borde posterior del esternocleidomastoideo hasta la clavícula, y a la cual se añade una pequeña incisión transversal para la sección del hacecillo clavicular de este mismo músculo; de donde resulta una L de seno anterior (figs. 570, 2, y 571, 2). Se llega a las vértebras pasando, según los casos, *por delante o por detrás de la carótida.*

El foco tuberculoso es tratado directamente por los medios ordinarios: se tratan en seguida las paredes del absceso yuxtavertebral, si existe, y se termina por el drenaje de ambos.

Si el pus se ha corrido ya hasta una distancia mayor, debajo de la axila, por ejemplo, se coloca un drenaje que va de la axila al raquis, pasando por debajo de la clavícula o bien se drena aisladamente la colección purulenta axilar.

**B. Región dorsal.** (*Costotransversectomía preliminar.*) — A Schoefer (1), Auffret (2), Vincent (3) y Ménard (4) corresponde principalmente el



Fig. 571. — Ataque directo del mal de Pott

1, procedimiento de Burekardt y J. Reverdin; 2, procedimiento de Chalot; 3, procedimiento de Auffret; 4, procedimiento de Ménard; 5, procedimiento de Treves; 6, procedimiento de Fontan. a b, drenaje lumbo suprainguinal; c d, drenaje suprainguinofemoral; e f, drenaje femorofemoral. Estos drenajes están escalonados, según el sitio más o menos bajo que ocupa el absceso por congestión.

(1) Schoefer (*J. of. the amer. med. assoc.*, II, 943, 1891).

(2) Auffret (*Bull. Acad. méi. y Arch. de méd. navale*, 1892 y 1894; *Congr. de Chir.*, Lyon, página 536, 1894).

(3) Vincent (*Rev. chir.*, págs. 276 y 379, 1892; *Congr. de Chir.*, Lyon, pág. 582, 1894) y *Rev. de chir.* (1898), t. XVIII, pág. 47.

(4) Ménard (*Congr. jr. de Chir.*, Lyon, pág. 645, 1894).

mérito de haber demostrado que, mediante la resección de las apófisis transversas y del segmento correspondiente de las costillas, se puede obrar directamente sobre los cuerpos vertebrales dorsales, como sobre los cuerpos de las vértebras supra y subyacentes. La costotransversectomía es la clave y la característica de las operaciones laterorraquídeodorsales, tanto más, cuanto los arcos costales y las apófisis transversas se encuentran a menudo muy aproximadas y aun a veces imbricadas, en los casos de gibosidad. En cuanto a los procedimientos operatorios, son ya numerosos.

a. *Drenaje unilateral.* 1.º Procedimiento de Auffret. — Se opera con preferencia en el lado derecho, a menos de existir alguna contraindicación, para alejarse de la aorta y del conducto torácico.

«Descansando el paciente sobre un saco cubierto de un lienzo, que hace sobresalir el dorso, practíquese una incisión paraespinal de 10 a 12 centímetros de longitud, o si es necesario, más larga aún (fig. 571, 3).

»Sepárense con un escalpelo de hoja ancha todas las partes blandas adherentes a las apófisis y láminas correspondientes, como en el primer tiempo de la laminectomía.

»Al llegar a la articulación de la costilla con la apófisis transversa, denúdense ésta completamente.

»Despréndase la apófisis transversa de un solo golpe de gubia bien cortante, aplicado a su base, levántesela con una palanca o pinzas resistentes y destrúyanse las últimas adherencias a 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 de cadena o bien con las pinzas cortantes de Mathieu.

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

»Cójase el fragmento de costilla con unas pinzas-gatillo ordinarias, levántese, y seguidamente y sin interrupción y de fuera adentro practíquese el despegamiento del periostio de la cara profunda con un desprendetendones y llévase la punta de un escalpelo acerado en forma de acento circunflejo sobre la articulación costovertebral, 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 o cuatro cuerpos vertebrales.

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

»Apliquense sobre cada cuerpo, perpendicularmente, dos o tres coronas de un pequeño trépano sacafondos, muy próximas una a otra; el árbol del trépano debe tener a lo menos 12 centímetros de longitud.

»Agrándese la brecha con ayuda de la gubia o 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 a 7 centímetros de largo la parte raquídiana de la costilla que parece corresponder más exactamente al vértice de la gibosidad (fig. 571, 4).

»Escíndase la apófisis transversa correspondiente a esta costilla.

»Denúdense la costilla de su periostio, secciónesela a 4, 5 o 6 centímetros

por fuera del raquis y arránquese de un solo golpe o por fragmentos su extremidad vertebral. El absceso se abre comúnmente 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, o bien explórense con su punta las caras laterales de las vértebras enfermas.

»Para obtener una abertura más amplia y más directa del campo operatorio, si se halla el absceso algo por debajo o 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 o 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 a 10 centímetros de largo, cuyo punto medio corresponda al espacio intercostal 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 T derribada; después reséquese una o 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. 572, 1). Sepárese la pleura a 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 o 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.º **Procedimiento de Trèves** (fig. 571, 5, y fig. 572, 2). — Guiados o no por un absceso o por una fistula intercostoilíaca, después de haber hecho

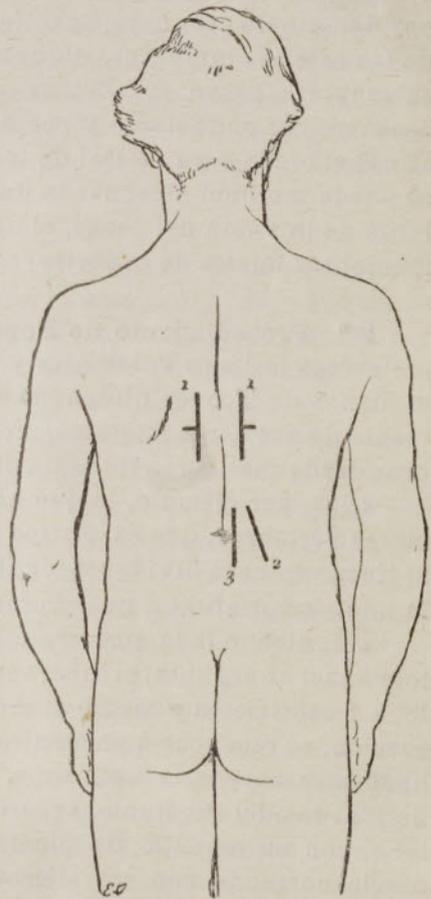


Fig. 572. — Ataque directo del mal de Pott  
1, 1, procedimiento de Vincent, 2, procedimiento de Trèves; 3, procedimiento de Fontan

acostar al paciente sobre el lado opuesto y colocada suficientemente en relieve la región en que se va a operar, a 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 adelante. Divídase luego la aponeurosis de la masa común, y mientras que un ayudante aparta a ésta fuertemente hacia dentro, reconózcase con el dedo la larga apófisis transversa de la tercera lumbar; hecho esto, divídase la hoja media de la aponeurosis del músculo transverso que va a 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 por dentro del cuadrado de los lomos. De esta suerte se cae sobre la cara lateral de las dos o tres primeras vértebras lumbares y aun se puede también alcanzar la duodécima dorsal. Si el pus se ha corrido a lo largo de la vaina del psoas, el descubrimiento de los cuerpos vertebrales y las maniobras finales de exéresis resultan todavía más fáciles.

2.º **Procedimiento de Fontan** (fig. 571, 6, y fig. 572, 3). — Para evitar las peligrosas lesiones vasculares y nerviosas de toda clase a que expone el procedimiento de Trèves obligando a 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 o tres primeras vértebras, que es el tipo más frecuente. A un través de dedo sólo de la línea espinosa divídanse longitudinalmente los haces musculares y alcáncese la lámina vertebral a una profundidad de 3 o 4 centímetros.

»Siguiendo la lámina con el dedo de dentro afuera, reconózcase, cosa que se logra casi en seguida, el tubérculo apofisario; después, por fuera de este tubérculo, a 1 centímetro y medio al menos más profundamente, como si se bajara un escalón, se reconoce o encuentra un nuevo plano óseo que no es otro que la apófisis transversa o 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 extirpésela cortando con las tijeras las inserciones musculares a las cuales da apoyo.

»Reséquese asimismo la apófisis transversa subyacente. Después, con una legra, decortíquense las caras laterales de las dos vértebras, de atrás hacia delante, por el método subperióstico, evitando lesionar el nervio que sale por el agujero de conjunción, y levantando en masa mediante movimientos de palanca la gran masa ligamentosa con todos los elementos vásculonerviosos que la misma sustenta.»

Según Fontan, que ha aplicado dos veces con éxito su procedimiento, no sólo se está con él completamente garantido contra la hemorragia, sino que también se logra al mismo tiempo 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 ilíaca, 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 translumboíltaco*). Se procederá

de igual modo si el absceso ha venido a manifestarse en la ingle, en la parte superior e interna o en la parte media del muslo, etc. (Véase *Trepanación de la pelvis*, pág. 349).

**D. Región sacra.**— Para el tratamiento de los abscesos debidos a la tuberculosis de la cara anterior del sacro y que vienen a formarse en un punto más o menos bajo, detrás del recto, tenemos hoy una serie de procedimientos: *extirpación del coxis, resección de la parte inferior o inferolateral 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 (1) en un marinero *por medio del drenaje trans-abdominosacro*, después de haber resecado el sacro por el procedimiento de Kraëke.

[Operación de Albee. — Las intervenciones quirúrgicas directas sobre el mal de Pott están completamente abandonadas en la actualidad, salvo en casos especiales cuando es preciso suprimir la compresión sufrida por la médula por los productos del foco tuberculoso. El principio general de terapéutica de las tuberculosis quirúrgicas, cual es el de no convertir en tuberculosis abierta un foco cerrado del mismo mal, se aplica con todo rigor en la espondilitis tuberculosa y de aquí la proscripción de las intervenciones directas. Pero como la indicación fundamental de nuestra terapéutica conservadora es la de procurar el reposo absoluto del foco morbosos, Albee (de Nueva York) creyó que podía conseguirse de una manera segura y eficaz merced al empleo de un tutor óseo que se enclavara en las apófisis espinosas de la porción afectada de la columna vertebral, dando así origen a la operación que lleva su nombre. La técnica de la misma es la siguiente:

Se coloca al paciente en la mesa operatoria en decúbito prono, se determina la extensión que abarcan las vértebras afectas y se incide la piel por un corte ligeramente arqueado que traspase por arriba y por abajo las apófisis espinosas de las vértebras afectas. Con el bisturí se labra una hendidura en el vértice cartilaginoso de las apófisis espinosas y en el ligamento interespinoso, y si en las primeras no se pudiera profundizar bastante, con el escoplo se las acaba de hendir hasta la base, procurando luego la fractura de uno de los lados de dicha hendidura. Con esto tenemos preparado el canal que ha de recibir el tutor óseo. Éste se corta en la cara interna de la tibia por medio del escoplo, procurando darle un grosor suficiente para que tenga resistencia, pero sin dejar al descubierto el conducto medular de dicho hueso. Vulpius aconseja que el tutor conserve adherido el periostio, sólo que para favorecer el contacto óseo indispensable, dicho periostio se escarificará en toda su extensión. Si la gibosidad es marcada, es preciso recortar el tutor óseo de manera que se adapte a la curva vertebral.

Hecho esto, se aplica el tutor en la hendidura de las apófisis espinosas y ligamentos interespinosos de manera que traspase por los dos extremos las vértebras afectas. Por encima del tutor se suturan las partes fibrosas aponeuróticas y, por último, la piel.

Se aplica un apósito enyesado y el enfermo se mantiene en cama de cinco a doce semanas.

(1) Auffret (*Congr. de Chir.*, Lyon, 1894, pág. 596).

Los efectos conseguidos estriban en primer lugar en la desaparición del dolor, luego la cifosis se va corrigiendo, y si existían fistulas se van agotando (Albee, Valpius). Otros autores no han obtenido tan buenos resultados, lo cual parece depender del período en que estaba la enfermedad y, sobre todo, del medio que rodea al paciente. Albee y Valpius, que trabajan en sanatorios anti-tuberculosos, han conseguido magníficos resultados; Ombredanne, en París, los ha obtenido muy escasos. De esto puede deducirse que la operación de Albee no es ninguna panacea contra el mal de Pott, y además, que es preciso asociarle la cura higiénicodietética y la helioterapia para obtener de aquélla el máximo de resultados favorables. — (N. del R.)]

---

### CAPÍTULO III

## OPERACIONES EN EL APARATO VISUAL (1)

### Asepsia y antisepsia preoperatorias del ojo y de sus anexos

Cualquiera que sea la operación proyectada—tanto si interesa solamente los párpados como si concierne al bulbo ocular mismo,—la preparación aséptica y antiséptica debe *siempre* comprender al ojo y a sus anexos.

1. Supongamos primero que la conjuntiva está sana y que no hay blefaritis ni dacriocistitis. Teniendo el enfermo los ojos cerrados, se enjabonan bien los párpados y sus alrededores del lado de la frente, de la nariz, de la mejilla y de la sien, y se frota la piel, bajo un chorro de agua esterilizada, con torundas de gasa o de algodón hidrófilo, luego se pasa varias veces sobre los mismos puntos una torunda de gasa o de algodón impregnada de alcohol de 90° y se desecan bien las partes así desengrasadas con bolitas de algodón. Se recomienda entonces al paciente que abra los ojos. Si la operación no debe hacerse en el ojo, bastará instilar algunas gotas de una disolución *aséptica* de cocaína a  $\frac{1}{40}$  y luego regar la conjuntiva y los fondos de saco con agua templada esterilizada o boricada al 4 por 100 por medio de una cánula aplanada metálica (fig. 573), o del vaciabotellas de Galante, o del elevador-irrigador de Lagrange (fig. 574), o de la jeringa con cánula espatuliforme de Panas (fig. 575), o simplemente de torundas de algodón hidrófilo que se exprimen entre los dedos. Por último, una o dos inyecciones de la misma agua en las vías lagrimales por medio de la jeringa de Auel. Si la operación ha de ser intraocular, se hace una anestesia córneoconjuntival más intensa: tres instilaciones de cocaína a  $\frac{1}{20}$  o hasta a  $\frac{1}{20}$ , III o IV gotas cada vez y de dos en dos minutos. Las irrigaciones de la conjuntiva y de los fondos de saco se hacen con más insistencia con el agua boricada o con la disolución biyodurada de Panas (2), y lo mismo las irrigaciones de las vías lagrimales. No se olvide, como recomienda Panas, limpiar a fondo, con una torunda pequeña, el ángulo interno del ojo, donde se acumulan a menudo filamentos muy adherentes (A. Terson) (3).

Terminada la limpieza, se opera inmediatamente después de haber guarnecido el campo operatorio de compresas de gasa esterilizada, o bien se aplica un apósito seco boricado o simplemente aséptico hasta el momento de la operación, si ésta debe tener lugar al día siguiente. En este último caso, se repite la limpieza inmediata-

(1) Damos particularmente las gracias a nuestro colega H. Frenkel, encargado del curso de Oftalmología en la Facultad de Toulouse, que ha tenido la bondad de revisar este capítulo.

(2) Disolución de Panas:

Biyoduro de mercurio . . . . .	0.05 gramos
Alcohol absoluto . . . . .	16 —
Agua filtrada hervida . . . . .	1000 —

(3) A. Terson, *Technique ophthalmologique* (Paris, 1898).

mente antes de operar. Tal es la conducta del cirujano para la asepsia extemporánea o preliminar del ojo y sus anexos.

II. Cuando el ojo o sus anexos se hallan en estado de inflamación aguda o crónica, es necesario, según la naturaleza de la operación, curar los anexos o conten-

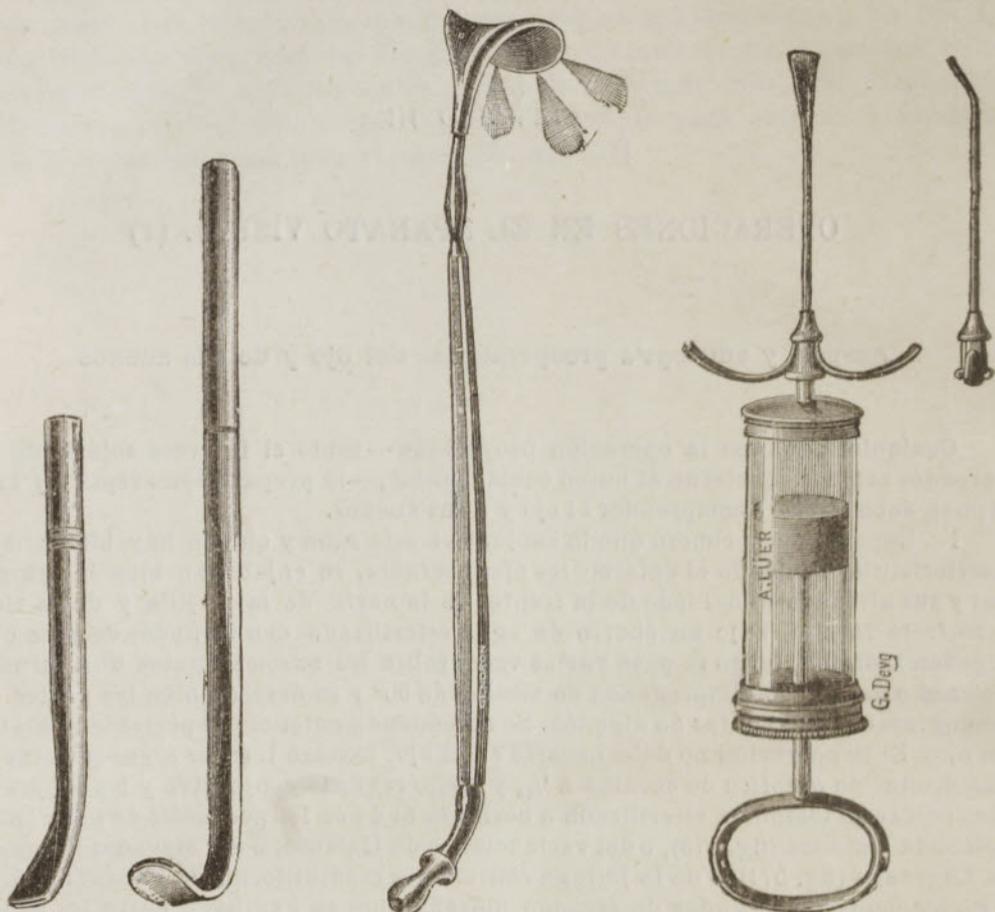


Fig. 573

Cánulas planas  
de Major

Fig. 574

Elevador-irrigador  
de Lagrange

Fig. 575

Jeringa con cánula espátuliforme  
de Panas

tarse con una antisepsia más rigurosa. En este caso la antisepsia se improvisa en el acto o bien se tiene tiempo de realizarla previamente.

La limpieza de los párpados se hace también con jabón, cepillo, algodón y gasa, y luego con alcohol, como para la asepsia. Pero se dedica, además, un cuidado particular a desengrasar el borde ciliar con una disolución templada de carbonato de sosa al 2 por 100. Para las irrigaciones de la conjuntiva, de sus fondos de saco y de las vías lagrimales, se emplean disoluciones enérgicas, aunque no irritantes, tales como la disolución de Panas, la de Valude (formol a  $\frac{1}{300}$ ), el sublimado a  $\frac{1}{5000}$  y el cianuro de mercurio a  $\frac{1}{1500}$ . Hay que contentarse forzosamente con una sola preparación hecha de este modo inmediatamente antes de la operación, en los casos de urgencia absoluta; pero, cuando se puede, es más prudente y más ventajoso emplear el tiempo necesario en la desinfección previa del ojo y sus anexos.

## I

## Párpados

I. — EXTIRPACIÓN DE LOS QUISTES DERMOIDES  
DE LA REGIÓN SUPERCILIAR

Estos quistes están comúnmente situados en la cola o extremidad externa de la ceja; otras veces se les encuentra encima del reborde orbitario o en el arranque de la ceja, sobre la vertiente de la raíz de la nariz. Lo que les distingue desde 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, a pesar de su apariencia superficial, y, finalmente, su íntima adherencia con el periostio de la fosita en la cual están alojados.

Procedimiento. — Después de haber afeitado la ceja y hecha la *toilette* o limpieza aséptica del campo operatorio — practicada la anestesia local con la estovaina o general con el cloruro de etilo, — 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 o en su totalidad, en la zona pilosa de la ceja (fig. 576) que siga en todo caso el eje mayor del tumor y que lo traspase de algunos centímetros en sus dos polos. Divídase en seguida, en la misma extensión, la capa muscular subyacente, hasta llegar a la membrana blanquecina o blanco-amarillenta 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 o dos pequeños vasos.

Mientras se les levanta con unas pinzas ordinarias, diséquense sucesivamente 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 o separando un ayudante fuertemente los labios de la herida, divídase circularmente el periostio alrededor del tumor con la punta del escalpelo; después, con el pico de una legra, despréndase el quiste de su nido óseo, rasando siempre el hueso. Forcipresión o ligadura perdida de algunos pequeños vasos.

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



Fig. 576. — Quiste dermoideo de la cola de la ceja

a, b, incisión de ataque

puntos de sutura. Vendaje monóculo con una torundita compresiva sobre la línea de sutura o reunión.

Si la asepsia ha sido perfecta, la cicatriz es apenas visible. La misma fosita se llena con el tiempo, o cuando menos los tegumentos se nivelan de una manera sorprendente, como lo hemos observado a menudo, aun después de la extirpación de quistes que habían dejado una depresión del volumen de una gruesa avellana o de una haba ordinaria: en caso necesario podría recurrirse a una inyección subcutánea de parafina.

## II. — 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, a excep-



Fig. 577. — Cuchillo de Graefe



Fig. 578. — Pinzas de dientes de ratón



Fig. 579. — Elevador palpebral



Fig. 580. — Portaagujas de Sands

ción, 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 temporal o definitiva, según el objeto que el cirujano se propone. Se recurre a ella: para estrechar o retraer la hendidura palpebral en el cetroción paralítico o senil, en el lagofthalmos, en el exoftalmos complicado de luxación habitual; para cerrar la hendidura en ciertas xerosis graves de la córnea y en las blefaroplastias en las cuales se deba luchar algún tiempo (de doce a diez y ocho meses) contra la retracción secundaria de los nuevos tegumentos (Mirault).

1.º **Blefarorrafia externa.** — Supongamos que se trata de suturar el ángulo externo de los párpados en una extensión de 8 a 10 milímetros,

Estando el párpado inferior moderadamente tenso por medio del separador, avívese o refrésquese horizontalmente el borde libre, ya de fuera adentro con la punta del cuchillo de de Graefe introducido por transfixión en la misma comisura, ya de dentro afuera con las tijeras curvas. El colgajo, tan delgado como sea posible, debe rasar la línea de emergencia de las pestañas, aunque respetándolas, y 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. 581).

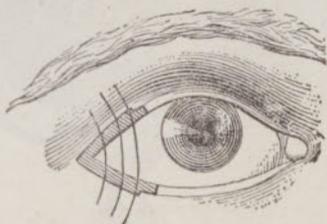


Fig. 581. — Blefarorrafia externa

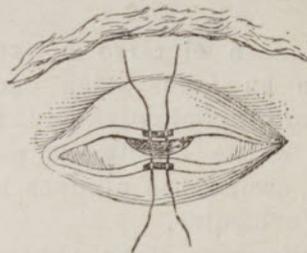


Fig. 582. — Blefarorrafia media (Panas)

2.º **Blefarorrafia media** (Panas). — Esta operación ha sido imaginada especialmente para la protección de la córnea, en los casos de parálisis incurable o largo tiempo persistente del músculo orbicular: se conserva al mismo tiempo el uso del ojo (fig. 582).

3.º **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. Ya sea la sutura temporal, ya definitiva, se quitan los puntos del cuarto al quinto día.

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

### III. — TRASPLANTACIÓN DEL SUELO CILIAR

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), a las principales condiciones patogénicas: sección del orbicular, fijación del terreno ciliar y rectificación, si el caso se presenta, de la corvadura defectuosa del tarso.»

1.º **Procedimiento de Panas**. — Sometido el paciente a la anestesia clorofórmica, estando el párpado fuertemente tenso de una parte sobre la placa de cuerno de Snellen-Knapp o sobre las pinzas de Terson (padre) y de otra por medio del gancho puntiagudo que se ha clavado junto al borde libre del car-

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

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

tílago tarso, hágase una incisión horizontal, a 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 descubre la cara anterior del tarso, casi siempre coarrugada y deforme en estos casos.

Diséquese el orbicular, o por mejor decir, el labio superior de la incisión, que se inclina hacia arriba con un gancho, como, 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 a nivel de su incurvación anormal, comprendiendo la conjuntiva en la incisión; después, si existe un fimosis palpebral extremado, escíndanse algunos hacecillos del músculo orbicular.

Practíquense cinco puntos de sutura,

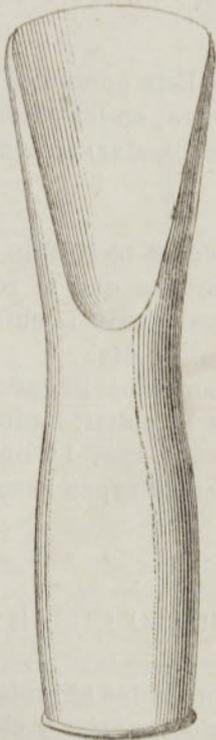


Fig. 583. — Clamp de Snellen-Knapp

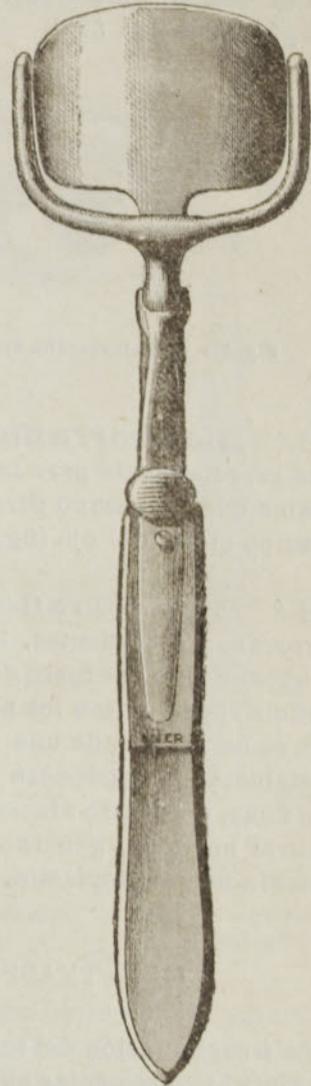


Fig. 584. — Pinzas en horquilla de Terson (padre)

empezando por el de en medio; estos puntos atraviesan por arriba el ligamento y el segmento superior del tarso suspensor (por debajo de la piel), y por abajo el otro segmento tarsiano y la mucosa marginal, *por detrás de las pestañas* (fig. 585). Anúdense los hilos, reúnanse en haz y sujétense a la frente con algodón al colodión. Ninguna sutura cutánea.

Se quitan los puntos al cabo de cinco días.

Para el entropión del párpado inferior, Panas disecciona de abajo arriba, hasta cerca del borde ciliar, un colgajo cutáneo, reseca a menudo el músculo orbicu-

lar, practica la *tarsotomía* como para el párpado superior, escinde más o menos el borde flotante del colgajo cutáneo y sutura este último a la piel de la mejilla (fig. 586).

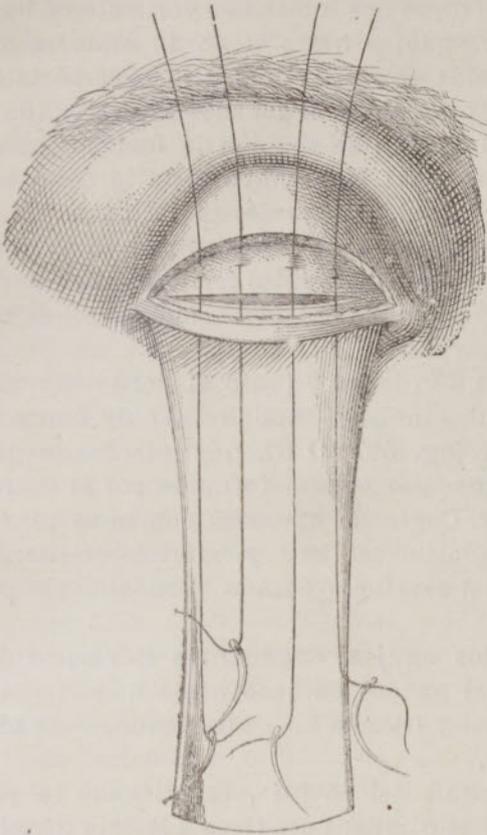


Fig. 585. — Trasplatación del suelo ciliar del párpado superior. Procedimiento de Panas  
El hilo de en medio no ha sido dibujado



Fig. 586. — Trasplatación del suelo ciliar del párpado inferior. Procedimiento de Panas.

2.º Procedimiento de Truc y Villard (*Tarsomarginoplastia*) (1). — El procedimiento de Panas tiene sobre todo por objeto enderezar el tarso viciosamente incurvado. Cuando el borde ciliar está adelgazado y atrofiado, en parte o en totalidad, se puede reconstituir el margen ciliar por una verdadera autoplastia que realiza la tarsomarginoplastia perfeccionada por Truc y Villard. — Esta operación comprende cuatro tiempos principales: la incisión intermarginal, la talla y disección del colgajo cutáneo palpebral, la sutura del colgajo cutáneo palpebral y la colocación y la sutura del colgajo cutáneo en la herida intermarginal. Así se insinúa en la hendidura producida por el desdoblamiento del margen ciliar un colgajo palpebral de longitud determinada.

#### IV. — PTOSIS

1.º Procedimiento de Panas (*Blefaropexia*). — En la operación que el profesor Panas ha concebido para remediar la caída paralítica o *ptosis* del párpado superior, se trata, como lo hace notar A. Terson (2), de una verdadera *blefaropexia* de resultado inmediato: el músculo elevador del párpado es substituído o reemplazado en su acción por el músculo órbitopalpebral.

«Puesto el párpado muy tenso sobre la placa de asta, practíquese una pri-

(1) Truc y Villard, *Annales d'oculistique* (1896), t. CXVI, pág. 262; Villard, *Ibid.* (1904), t. CXXXI, pág. 439.

(2) A. Terson, *Traité de Chir. clin.*, de Le Dentu y Delbet (1897), t. V, pág. 80.

mera incisión horizontal a nivel del pliegue órbitopalpebral superior (figura 587, A B), comprendiendo la piel y el músculo orbicular, de manera que quede al descubierto el ligamento suspensor. De esta incisión, háganse partir

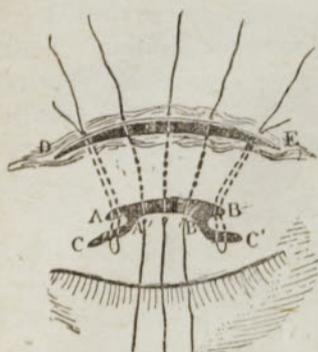


Fig. 587. — Blefaropexia  
(Oper. de Panas)

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 a la incisión superior (figura 587, A' C, B' C'): se detiene la incisión cerca del punto lagrimal por dentro y de la comisura externa por fuera. Diséquesse de arriba abajo el colgajo así trazado, al mismo tiempo que se liberran los dos pequeños volantes triangulares laterales, de modo que quede al descubierto el esqueleto fibroso del párpado.

»Hágase a lo largo y junto al borde superior de la ceja una incisión semicircular de concavidad inferior (fig. 587, D E), que interesa la piel y la capa muscular gruesa formada por el entrecruzamiento del frontal con el superciliar. Cogiendo entonces con unas pinzas el puente comprendido entre las dos incisiones, sub y suprasuperciliares, movílficesele 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 a adaptarse al labio superior del ojal frontal y fíjesele allí, añadiendo, si es preciso, otros dos puntos de sutura laterales.

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

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

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

2.º Procedimiento de Motais (1). — Este procedimiento, lo mismo que el de Parinaud, se propone la substitución del músculo recto superior.

INSTRUMENTOS: dos ganchos agudos, un gancho grande de estrabismo, tijeras curvas de estrabismo, tijeras finas rectas, unas pinzas de garfios de fijación, unas pinzas de fijación de dientes anchos, con o sin garfios, un hilo con una aguja semicurva a cada extremo y una aguja gruesa.

OPERACIÓN: 1.º tiempo. — Se invierte el párpado superior, se fija el gancho doble en la esclerótica a 3 o 4 milímetros por arriba de la córnea y el ojo se inclina fuertemente hacia abajo. Un segundo gancho eleva el cartílago tarso invertido. Toda la parte superior de la esclerótica queda bien al descubierto y el fondo de saco perfectamente desplegado. Los dos ganchos se confían a un ayudante.

(1) Motais (de Angers), *Société française d'ophtal.* (1897); *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XLIX, pág. 430 (1903).

2.º tiempo. — Se coge un pliegue de la conjuntiva con las pinzas de garfios a 5 o 6 milímetros de la córnea. Sección *horizontal* de la conjuntiva con las tijeras curvas de 12 a 15 milímetros de extensión. Del punto medio de esta sección hágase partir una sección *vertical* de la conjuntiva hasta el tarso. Desbridamiento del tejido subconjuntival y de la cápsula anterior por delante y en los bordes del tendón, de modo que quede *al desnudo la superficie misma del tendón*, pásese el gancho de estrabismo bajo el tendón por su *borde interno*. Levántese el tendón.

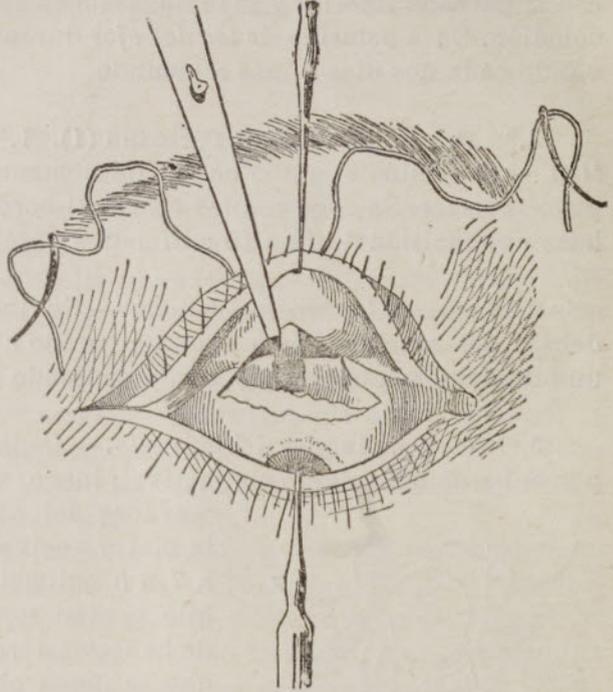


Fig. 588. — Procedimiento de Motais

3.º tiempo. — Confíese ese gancho a un segundo ayudante, cójase con las pinzas de garfios la parte media del tendón, a 2 milímetros por fuera del meridiano de la córnea, a 3 o 4 milímetros de la inserción. Con las tijeras curvas, hágase un ojal de 3 milímetros delante de las pinzas, a ras de la inserción. Con las tijeras rectas, de los dos extremos de este ojal transversal, hágase partir una doble incisión vertical que ascienda 10 milímetros a lo largo del tendón. Durante esta maniobra, las pinzas de garfios levantan un poco el tendón, mientras se afloja el gancho de estrabismo. Se corta así un colgajo tendinoso medio de 3 milímetros a 3 milímetros y medio de anchura y de 10 de largo (fig. 588).

4.º tiempo. — Cójase el extremo libre de ese colgajo entre los dientes de unas pinzas de fijación, de dientes anchos (4 milímetros) para extender mejor. Atraviésese este colgajo por su cara *profunda*, si la sutura debe hacerse en la superficie del párpado; *superficial* si debe hacerse en la cara mucosa del tarso, con una aguja semicurva, a 2 milímetros del extremo y a medio milímetro del borde. Igual maniobra en el otro borde con la segunda aguja del mismo hilo.

5.º tiempo. — Dése un corte de tijeras curvas inmediatamente por arriba del centro del borde invertido del cartílago tarso. Secciónese así la conjuntiva y el tendón del músculo elevador. Por este ojal, pásense las tijeras y desbrídese la cara palpebral del cartílago tarso en una profundidad de 4 a 5 milímetros, hasta 5 o 6 milímetros del borde ciliar.

6.º tiempo. — Tómense de nuevo sucesivamente las dos agujas que se introducen en el ojal supratarsiano y luego en el surco desbridado de la cara superior del cartílago tarso hasta 6 milímetros del borde ciliar o a 4 milímetros del borde superior del cartílago tarso invertido. Háganse salir las agujas a ese nivel, ya por la *cara mucosa del tarso*, ya por la *cara cutánea del párpado*,

a 4 milímetros aproximadamente una de otra. Se estiran los hilos; la lengüeta tendinosa los sigue, penetra en el ojal y luego en el surco de desbridamiento. Se la fija apretando los hilos directamente sobre la mucosa o por intermedio de un pequeño rollo de algodón, sobre la cara cutánea. Para la sutura tarsiana será preferible servirse de seda muy fina, o mejor, de seda floja sin torcer. Lavado de la herida.

Hágase bajar con el dedo el párpado superior hasta ponerle en contacto con el párpado inferior y manténgasele en esta posición mediante una tirilla de colodión. Cura oclusiva de los dos ojos durante ocho días por lo menos, renovando cada dos días o más a menudo.

3.º Procedimiento de Parinaud (1). 1.º tiempo: *Incisión de la conjuntiva*. — Se inclina el globo ocular fuertemente hacia abajo y se invierte el párpado superior. Se coge con las pinzas el borde superior del cartilago tarso y se hace una incisión de 12 a 15 milímetros paralela a este borde.

2.º tiempo: *Captura del tendón*. — Se liberta la conjuntiva y se pasa por debajo del músculo recto superior puesto al descubierto una de las agujas de un hilo doblemente armado, comprendiendo la cápsula en la sutura.

3.º tiempo: *Avance del músculo*. — Cada una de las agujas se pasa primero por el borde del colgajo conjuntival; luego, atravesando el tendón del músculo elevador del párpado, pasa entre el cartilago y la piel y vuelve a salir a nivel de las pestañas, a 7 u 8 milímetros una de la otra. Los cabos del hilo se atan sobre un tubito de caucho, después de haberlos apretado más o menos según el efecto que se desea obtener. Pasados cuatro o seis días, se quita el hilo.



Fig. 589

Procedimiento de de Lapersonne

4.º Procedimiento de de Lapersonne (2). — Cuando el músculo elevador no está completamente paralizado, sino solamente demasiado alargado, de Lapersonne hace un verdadero avance muscular.

Narcosis clorofórmica. La placa de metal, introducida debajo del párpado superior hasta lo más profundo del fondo de saco, se confía al ayudante. A 4 o 5 milímetros por arriba del borde libre y paralelamente a este borde, se hace una larga incisión. Comprende la piel y el orbicular que se vuelven hacia arriba y abajo y dejan al descubierto el tarso con su ligamento suspensor. Dos pequeñas incisiones verticales, hechas en cada lado del tendón llegando hasta la conjuntiva, permiten introducir un gancho de estrabismo que carga el músculo elevador y lo atrae ligeramente hacia delante sin tratar de separarlo del ligamento suspensor y de las otras partes profundas del párpado. Por arriba de este gancho y a distancia variable según el efecto que se desea obtener, se hace pasar un hilo con doble aguja por la parte interna del tendón y de fuera adentro; la aguja muy curva coge el músculo transversalmente en

(1) Parinaud, *Soc. franç. d'ophtal.* (1897); *Annales d'oculist.*, Julio de 1897.

(2) F. de Lapersonne, *Archives d'ophtal.*, pág. 497 (1903).

todo su espesor. Se coloca un segundo hilo a la misma altura, de dentro afuera, en la parte externa del tendón. El músculo, sólidamente cogido, se secciona (o reseca parcialmente) cerca del borde superior del tarso. El hilo interno se pasa transversalmente de fuera adentro por el tarso, a 2 o 3 milímetros del borde del párpado; el hilo externo se pasa de dentro afuera. Como después de la elevación del párpado, la piel queda en exceso y es bueno debilitar el orbicular, el autor escinde lo más a menudo un pequeño colgajo de piel y de músculo a nivel del labio inferior. Dos o tres puntos de sutura superficial terminan la operación (fig. 589).

## V. — BLEFAROPLASTIA

La *blefaroplastia* o restauración de los párpados puede ser parcial o total, y comprende multitud de procedimientos fundados sobre los métodos generales de autoplastia. Bastará describir los diversos tipos, para que resulte fácil 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 o han sido destruidos por una úlcera, por la gangrena, por el edema maligno, por una quemadura o cualquier otro traumatismo accidental, y 2.º después de la ablación de un tumor maligno de los párpados (restauración primitiva o secundaria).

En general, es preciso sujetarse, todo lo posible, a las dos reglas siguientes: 1.º conservar el músculo orbicular y el borde libre de los párpados, y 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) o de otra parte del cuerpo. Es necesario hacer, finalmente, una blefarorrafia parcial o total para evitar el acortamiento por retracción cicatricial ulterior.

### A. — Método francés

1.º Procedimiento de Warthon Jones — Tratándose de un ectropión del párpado inferior, háganse dos incisiones cutáneas que comiencen debajo de los ángulos del ojo y converjan hacia abajo, hasta un punto medio situado a 2 centímetros y medio aproximadamente del borde libre del párpado (fig. 590). — 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 o 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; suturense, finalmente, los bordes del colgajo (fig. 591).

2.º Procedimiento de Richet. — Hágase una incisión cutánea paralela al borde libre del párpado, a 2 milímetros de este borde, y que se extienda casi de uno a otro ángulo del ojo. Practíquese la blefarorrafia total. Hágase una segunda incisión paralela a la primera, pero a 1 centímetro por debajo de ella. Diséquese el colgajo intercalar, y escíndase después su parte media, si es exuberante o sobrado (fig. 592). Reúnase su borde superior al labio superior de la

primera incisión; su borde inferior remonta más o menos. Reúnase, por último,



Fig. 590. — Procedimiento de Warthon Jones  
Incisión y disección del colgajo

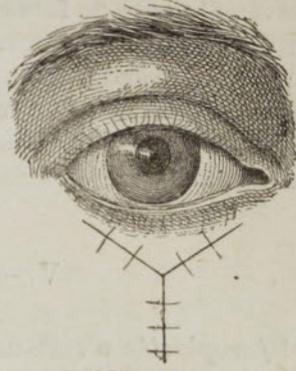


Fig. 591. — Procedimiento de Warthon Jones  
Sutura

la pérdida de substancia triangular que resulta de esta ascensión por debajo del colgajo, coaptando los lados del vértice del triángulo (fig. 593).

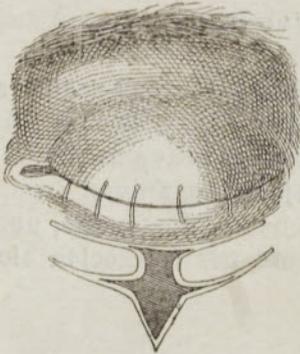


Fig. 592. — Procedimiento de Richet. 1ª parte

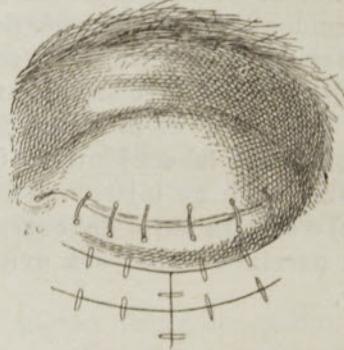


Fig. 593. — Procedimiento de Richet. 2ª parte

3º Procedimiento de Knapp. — Supongamos que debe ser reparada la parte interna del párpado inferior, después de la ablación de un epiteloma.

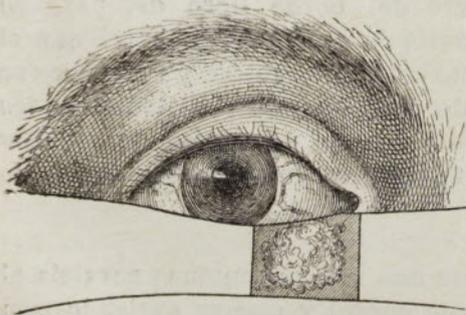


Fig. 594. — Procedimiento de Knapp

Circunscríbase esta parte por cuatro incisiones: dos verticales y dos horizontales, y escíndanse los tejidos morbosos. Prolónguense sobre la nariz las incisiones horizontales y diséquese el colgajo así trazado. Prolonguése las igualmente, pero algo divergentes, hacia la mejilla y la sien (fig. 594), y diséquese el colgajo correspondiente. Movilícense los dos colgajos uno hacia otro, después reúnanse primeramente sus extremidades libres y luego sus demás líneas de sección.

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

## [B. — Método indiano

El colgajo o los colgajos de restauración son rara vez retorcidos, lo más a menudo son reclinados sobre su eje o simplemente inclinados hacia la pérdida de substancia.

1.º Procedimiento de Dieffenbach. — Supongamos que hay que restaurar la parte media del párpado inferior, después de la ablación de un epitelioma.

Después de haber escindido esta parte en forma de triángulo (ABC, fig. 595), prolongúese hacia fuera la incisión correspondiente a la base del mismo, y después desde la extremidad externa de esta incisión bájese otra incisión paralela al lado externo del triángulo. Diséquese el colgajo cuadrilátero así trazado, inclínesele hacia

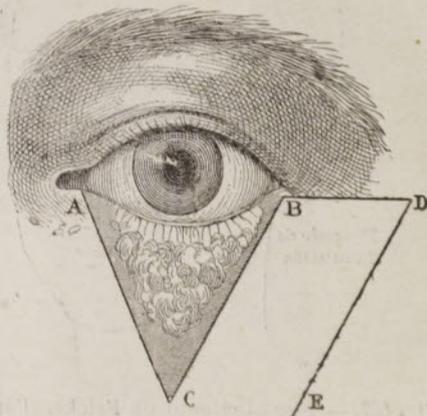


Fig. 595. — Procedimiento de Dieffenbach

la pérdida de substancia y sutúrese el borde BC con el borde o lado AC, el BD con el AB; finalmente, redúzcase todo lo posible, reuniéndola, la brecha o pérdida de substancia triangular de donde hemos tomado el colgajo.

2.º Procedimiento de Fricke. — Supongamos que hay que restaurar el párpado superior ocupado por una cicatriz o por un neoplasma.

Después de haber escindido en elipse los tegumentos del párpado, dibújese un colgajo lingüiforme sobre la apófisis orbitaria externa, por encima y por fuera de la misma, con la base dirigida hacia abajo (fig. 596). Diséquese el colgajo, dóblese hacia la parte refrescada del párpado y reúnanse el borde interno del colgajo A B' con el borde inferior de la pérdida de substancia palpebral A B, el borde externo B' C' con el borde superior de esta misma

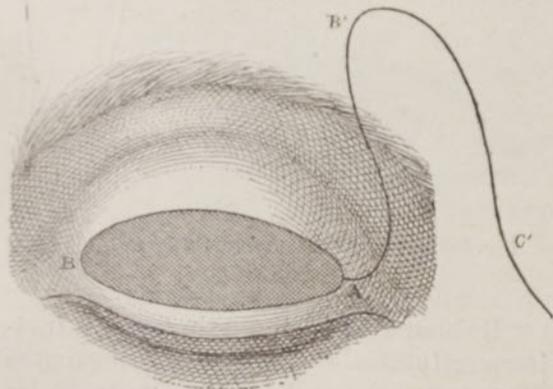


Fig. 596. — Procedimiento de Fricke  
(Párpado superior)

pérdida, etc.; después llénese la brecha resultante por medio de una sutura, con o sin movilización de los tegumentos (fig. 596).

Para el párpado inferior el colgajo se tallará sobre la mejilla o sobre las sienes (figs. 597 y 597 bis)

3.º Procedimiento por cambio de Denonvilliers. — También Denonvilliers ha recurrido a un colgajo geniano, para restaurar el párpado inferior, conforme demuestra la figura 598. No hay necesidad de describir la técnica. Haremos

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



Fig. 597. — Procedimiento de Fricke. (Párpado inferior.) Exéresis del epiteloma



Fig. 597 bis. — Procedimiento de Fricke con colgajo autoplástico colocado

*ab*, brecha del colgajo suturada

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



Fig. 598. — Procedimiento de Denonvilliers

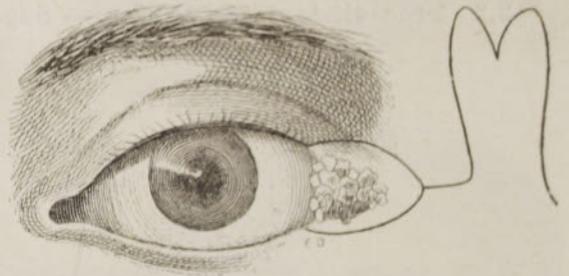


Fig. 599. — Procedimiento de Hasner d'Artha

Habiendo sido limitado por dos incisiones elípticas el proceso morboso que ocupa la comisura, escíndase todo el tejido enfermo. Prolónguese algo transversalmente hacia fuera, por medio de una incisión, el ángulo de reunión de las incisiones elípticas y córtese un colgajo bífido sobre la nariz o sobre la sien, como se ve en la figura 599. Diséquese este colgajo, hágasele dar un cuarto de vuelta sobre su eje, de manera que cada una de sus lengüetas corresponda a un párpado, y su punto o ángulo de separación a la nueva comisura. Sutérese el colgajo así transpuesto y ciérrase 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 o 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. 600).

## D. — Método de L. Le Fort

1.º Injerto cutáneo en masa de Le Fort. — Dada una superficie cruenta de un párpado, córtese sobre la cara interna de un brazo o 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.



Fig. 600. — Procedimiento de P. Berger

2.º Injerto cutáneo en mosaico de de Wecker (2). — En vez de un colgajo único, se emplean cuadrados de piel de  $\frac{1}{2}$  a 1 centímetro, que se toman del antebrazo y a los cuales se despoja completamente del tejido céullograsoso. 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 engomado y se aplica un vendaje compresivo binóculo.

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 a reproducirse.

## VI. — ECTROPIÓN SENIL

1.º Procedimiento de Snellen. — En los casos ligeros, un procedimiento tan sencillo como antiguo bien reglado por Snellen puede dar buenos resultados, no exentos, por otra parte, de recidivas. Se colocan dos suturas en asa, una entre el tercio externo y medio, la otra entre el tercio medio e interno del

(1) P. Berger, *Société de Chirurgie*, 17 de Marzo de 1880; *France médicale*, n.º 123 (1889), y *Congrès français de Chirurgie*, pág. 361 (1890).

(2) De Wecker, *Annales d'oculistique* (1872), t. LXVIII, pág. 62.

párpado. Una aguja del hilo doblemente armado penetra por el punto más saliente del párpado (inferior) invertido, atraviesa la conjuntiva y el tarso y desciende bajo la piel para volver a salir al exterior a 2 centímetros más abajo, a nivel del reborde orbitario inferior; la otra aguja del mismo hilo sigue a 3 centímetros de distancia un trayecto paralelo a la primera y luego los dos cabos se atan sobre un pedazo de tubo de caucho o sobre un rollo de gasa y se aprietan de modo que produzcan un cierto grado de entropión.



Fig. 601. — Ectropión senil. Procedimiento de Snellen. Colocación del hilo.

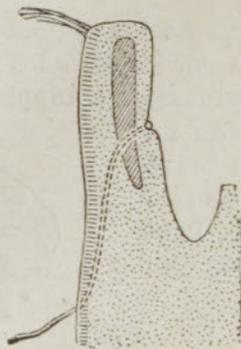


Fig. 602. — El mismo procedimiento. El hilo está apretado y el párpado enderezado.

binación de la resección conjuntival con la resección de una parte de la piel que queda sobrante (1).

La resección de la conjuntiva, hecha con las tijeras, comprende todo el rodete saliente de la conjuntiva con algunas laminillas del tarso y se extien-

2.º Procedimiento de A. Terson. — En los casos más acentuados, es bueno seguir desde un principio la práctica de A. Terson, quien ha demostrado todo el partido que se puede sacar de la com-

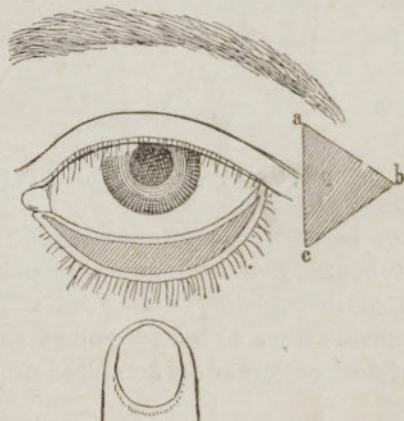


Fig. 603. — Ectropión senil. Procedimiento de A. Terson  
a b c, resección cutánea comisural externa

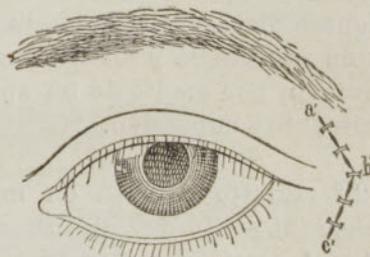


Fig. 604. — El mismo procedimiento  
a' b' c' sutura de la herida

de a todo lo largo de la conjuntiva hasta detrás del punto lagrimal. Una rama de las tijeras queda a una distancia *al menos* de 1 milímetro del borde meibomiano, la otra a varios milímetros del fondo de saco. No se sutura la conjuntiva. Se cohibe la hemorragia por compresión (fig. 603).

La resección de la piel se hace a algunos milímetros fuera de la comisura externa. Se coge con las pinzas un pliegue cutáneo suficiente para corregir el ectropión, con objeto de orientarse acerca del tamaño del triángulo que se ha de escindir. Se traza luego con el bisturí un triángulo con la base hacia el lado del ojo y se quita con el bisturí y con las tijeras este triángulo cutáneo. Se colocan cinco puntos de sutura de manera que el vértice externo corresponda al punto medio de la base del triángulo. El resultado estético y funcional es excelente (fig. 604).

(1) A. Terson, *Chirurgie oculaire*, pág. 80 (1901).

## VII. — CANTOPLASTIA EXTERNA

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

La cantoplastia está indicada en el bléfarofimosis inflamatorio o congénito, cuando está complicado con una conjuntivitis granulosa, un entropión, etc.

1.º Procedimiento de Cusco (según Gillette) (1). — Poniendo tensa la piel de los párpados a medida que se practica la incisión, córtese por medio de dos incisiones divergentes, a partir de la comisura palpebral externa, un pequeño colgajo cutáneo triangular con la base vuelta hacia fuera y el vértice hacia dentro, es decir, correspondiendo al ángulo externo de los párpados. Estas dos incisiones tienen cada una de 1 y medio a 2 centímetros de largo, lo cual hace que la base del colgajo, representando éste un triángulo isósceles, tenga igualmente 2 centímetros.

Con ayuda de unas pinzas levántese el vértice interno del colgajo, que se disecciona poco a poco hasta la base.

Divídase de dentro afuera con un escalpelo abotonado el fondo de saco externo de la conjuntiva.

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

2.º Procedimiento de Chalot (2). — Puesta la piel suficientemente tensa, en el ángulo externo de los párpados hágase una incisión cutánea, recta, horizontal y de 12 a 15 milímetros de largo, a partir de la misma comisura. Sobre la extremidad posterior de esta incisión hágase caer otra incisión igualmente cutánea, de 3 milímetros de altura (fig. 605).

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

Pásese un hilo de dentro afuera, a través de la parte mucosa que representa todavía la comisura externa; después, mientras se apartan los pequeños colgajos cutáneos con las erinas y se ponen 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 fuera la pequeña lengüeta mucosa y reúnase a la piel en el fondo de la incisión con un punto de sutura.

Finalmente, reúnanse por dos puntos de sutura cada uno de los colgajos cutáneos a 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.

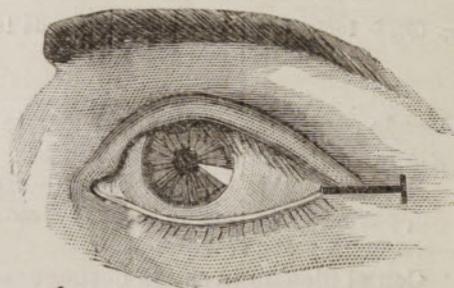


Fig. 605. — Cantoplastia externa  
Procedimiento de Chalot

(1) Gillette, *Clin. chir. des hôp. de Paris*, pág. 45 (1877).

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

## II

## Vias lagrimales

## I. — EXTIRPACIÓN DE LA GLÁNDULA LAGRIMAL ORBITARIA

Por extirpación de la glándula lagrimal se entiende hoy más especialmente la ablación de la porción principal u orbitaria de esta glándula, aquella que está alojada en la fosita lagrimal de la bóveda orbitaria (1). Las indicaciones son: el adenoma o hipertrofia simple, los neoplasmas malignos primitivos (sarcoma, *chloroma*, epiteloma), las fistulas rebeldes de la glándula; además el lagrimeo, rebelde y más especialmente, según Abadie y Truc, el de los granulosos.

**Procedimiento (ojo izquierdo).** — Después de haber afeitado los dos tercios externos de la ceja, estando la cara inclinada a 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 a 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 supraorbitaria (fig. 606, A B). La incisión de Halpin, más corta, ocupa sólo el tercio externo de la ceja.

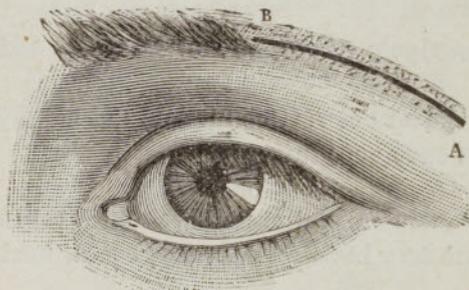


Fig. 606. — Incisión para la extirpación de la glándula lagrimal orbitaria

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

Rasando el reborde del arco orbitario, divídase el ligamento ancho o suspensor del cartilago 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 o 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 o gris rojizo, su estado o aspecto granuloso, su forma, su consistencia y sus relaciones.

Con el pico de la sonda despéguese su cara superior; cójasela por medio de las pinzas-erinas, 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, o bien sencillamente entre los dientes o bocados de unas pinzas de forcipresión que se dejan colocadas algunos minutos, y sepárese la glándula mediante un corte de tijeras por delante de las pinzas o de la ligadura,

Sutúrese totalmente la herida, sin drenaje.

## II. — EXTIRPACIÓN DE LA GLÁNDULA LAGRIMAL PALPEBRAL

Wecker fué quien en 1888, en el Congreso oftalmológico de Heidelberg, propuso la substitución de la *extirpación de la glándula palpebral* a la de la glándula orbitaria

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

ria, para curar el lagrimeo persistente; pensó que la nueva extirpación, «dando lugar a 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), que la considera «como el mejor medio de disminuir o 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 a su vez, le queda todavía al operador el recurso de intervenir sobre la glándula orbitaria. En cuanto a los resultados de esta doble ablación, nada tienen de alarmantes, «pues las glándulas conjuntivales aseguran una lubricación suficiente de la mucosa».

**Procedimiento de Wecker (según A. Terson).** — «Prevía cocaínización (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 unas pinzas colocadas arriba y fuera del limbo, atráigase la córnea abajo y adentro.

»Panas se sirve algunas veces de la placa 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 diseca con las pinzas de garfio y las tijeras; cójase después la glándula con un gancho de chalación, o mejor todavía con unas pinzas-erinas, 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; terminese escindiendo la glándula *hasta por debajo* de la comisura externa para extirpar sus lóbulos inferiores. Unas pequeñas pinzas hemostáticas comprimen la arteriola cortada. Apósito durante dos o 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 o 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 o 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 substituir a la extirpación glándulopalpebral la *cauterización ignea 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.»

### III. — 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 impermeabilidad o 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. 611). El número 1 tiene aproximadamente  $\frac{1}{6}$  de milímetro de diámetro; el número 6 mide 1 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

(1) A. Terson, Tesis de París (1892), *Traité de Chirurgie*, de Le Dentu et Delbet, tomo V, página 59 (1897).

eversión suficiente del punto lagrimal y enderécese o corríjase el ángulo (figura 607) 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 delante, y al mismo tiempo tírese de ella hacia la parte inferior y externa del reborde orbitario, apoyándose en este mismo reborde. 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, diríjasele primero algo oblicuamente abajo y adentro, hasta la profundidad de 1 a 2 milímetros, después *horizontalmente* hacia dentro, empujándole con suavidad hasta que haya

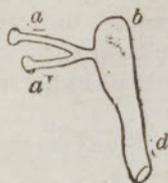


Fig. 607. — Aparato excretor de las lágrimas (lado derecho).

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

penetrado unos 9 a 10 milímetros, hasta que el cirujano le sienta detenido por la pared interna del conducto 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, diríjasele al principio algo oblicuamente arriba y adentro hasta la profundidad de 1 milímetro y después *oblicuamente* abajo y adentro, hasta sentir el contacto de la pared interna del conducto lagrimal (fig. 608).

Suéltese el párpado y retírese el estilete.

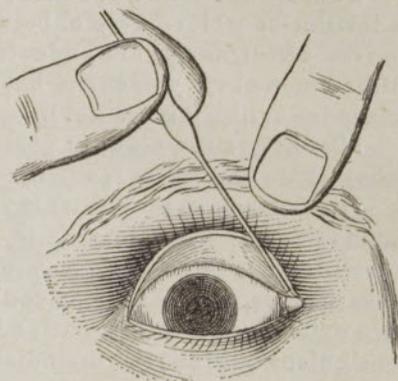


Fig. 608.—Cateterismo del conducto lagrimal superior con el estilete de Bowman.

#### IV. —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 o de una sonda cónica puntiaguda, ya por medio de un pequeño instrumento



Fig. 609.—Dilatador de Galezowski

especial, el dilatador de Galezowski, por ejemplo (fig. 609). Se recurre a él en caso de estenosis.

**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, introdúzcasele cerrado en el punto lagrimal, manejándole como si fuera un estilete, hasta tan lejos como sea posible; después hágase girar poco a poco el tornillo, hasta suficiente

separación de las ramas. — Hecha la dilatación, dése vueltas al tornillo en sentido inverso y retírese el instrumento.

#### V. — CATETERISMO Y DILATACIÓN DEL CONDUCTO NASAL PREVIA SECCIÓN DE UN CONDUCTO O PUNTO LAGRIMAL

Cuando los puntos y conductos lagrimales son permeables, se incide con preferencia el conducto superior, porque de este modo el cateterismo del conducto 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.

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

1.º Procedimiento de Bowman (*dilatación lenta progresiva*). — Después de haberse colocado detrás de la cabeza del paciente, póngase tenso el párpado



Fig. 610. — Cuchillo de Weber

e introdúzcase el cuchillo de Weber hasta la pared interna del conducto lagrimal, con el corte dirigido hacia abajo y adelante, siguiendo la línea media del borde libre del párpado. Dirijase el mango hacia delante, como para hacer bascular el instrumento sobre su botón terminal, hasta practicar la incisión o sección de casi todo el conducto. Ciertos oculistas prefieren dividir solamente el punto lagrimal.

Retírese el instrumento y reemplácese por un estilete de Bowman, n.º 1, por ejemplo, cuya extremidad debe ir a chocar contra la pared interna del



Fig. 611. — Estilete doble de Bowman

conducto lagrimal. Entonces *hágase bascular el estilete hacia dentro, hasta que llegue al arranque o nacimiento de la ceja, o mejor, a 12 o 15 milímetros por dentro de la escotadura supraorbitaria, en dirección de una línea que partiese de este punto y fuera a terminar al intervalo del canino y del incisivo vecino, o bien al mismo canino.*

Empújese suavemente el estilete en esta dirección, algo de dentro afuera 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 a 3 centímetros detrás de la ventana de la nariz. La longitud del trayecto es de 20 a 25 milímetros.

Se deja el estilete colocado durante quince o veinte minutos. En la sesión siguiente se introduce de nuevo el mismo número, se pasa después a un número de

más calibre, sin pasar jamás del número 3. El tratamiento es a menudo muy largo, necesitándose a veces muchos meses. La asepsia es de rigor.

2.º Procedimiento de Weber (*dilatación forzada o inmediata progresiva*). — Habiendo sido incindido un conducto lagrimal como en el procedimiento de Bowman o habiendo sido abierto el saco por punción practicada detrás del tendón del orbicular, introdúzcase en el saco la parte de la bujía o sonda bicónica, cuya extremidad corresponde al número 1 de Bowman; después empújesela con un esfuerzo sostenido en la dirección ya indicada, hasta que haya penetrado 3 centímetros.

Retírese esta parte de la sonda e 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. 612. — Bujía o sonda bicónica de Weber

El procedimiento de Weber, lo mismo que la *stricturotoma* del conducto nasal practicada con el cuchillo de Stilling (fig. 613), debe quedar reservado, para el caso en que el procedimiento de Bowman no pueda aplicarse, ya por falta de tiempo, ya a consecuencia de ciertas circunstancias sociales, o porque no haya dado ningún resultado.

La sección del conducto lagrimal superior permite introducir en el saco cucha-



Fig. 613. — Cuchillo de Stilling



Fig. 614. — Cucharilla de Terson, padre

rillas finas, como lo hace a menudo con éxito Terson, padre, de Toulouse (1) (fig. 614), en ciertos casos de dacriocistitis en que el saco no está todavía demasiado distendido.



Fig. 615. — Dilatador de Trousseau

El dilatador de A. Trousseau (fig. 615) permite evitar con seguridad las falsas vías, que pueden fácilmente producirse con los estiletes de Bowman y la sonda de Weber.

## VI. — DACRIOCISTOCENTESIS

La *dacriocistocentesis* o abertura del saco lagrimal por punción con un escalpelo estrecho o 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.

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