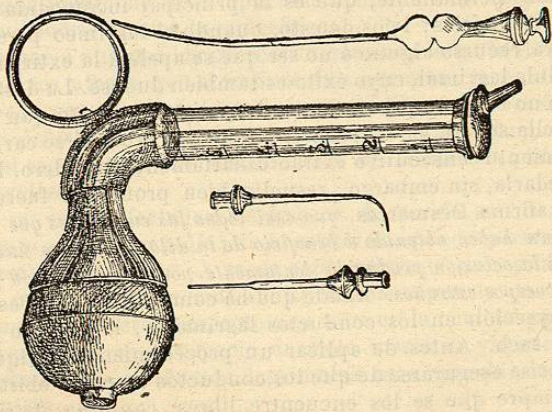


que operar en este sentido, me parece que la extirpación del saco por medio del bisturí y de la legra, sería más sencilla y menos peligrosa que la aplicación de los cáusticos ó del cauterio actual.

El tratamiento de las afecciones de las vías lagrimales ha sufrido en estos últimos veinte años profundas reformas. La mayor parte de los procedimientos descritos anteriormente por Malgaigne han sido abandonados, y el método hoy día generalmente seguido es el de la dilatación de las vías lagrimales con sección de los puntos y conductos del mismo nombre, pequeña operación preliminar que permite la introducción de estiletes más ó menos voluminosos en el conducto nasal. El cateterismo de este conducto por las fosas nasales está completamente, y con justo motivo, abandonado; el cateterismo por las vías lagrimales superiores con sección de los puntos lagrimales es suficiente para curar la epífora. Practicada con perseverancia y secundada por las inyecciones medicamentosas, desvanece por lo común la inflamación y el catarro del saco, y muy frecuentemente procura la curación de la fistula lagrimal. Este medio, continuado durante uno ó dos meses, me ha bastado para alcanzar la curación de muchas fistulas, por lo que creo que únicamente en los casos muy excepcionales de falta absoluta de resultado, se deberá recurrir á la obliteración del saco y á su destrucción por los cáusticos (1).

(1) Para las inyecciones de las vías lagrimales, el doctor Carreras y Aragón ha ideado una jeringa cuyas ventajas tiene todos los días ocasión de comprobarla en la práctica. Viene representada en la adjunta figura, y, como se ve,



consta de un cilindro de cristal graduado en tres partes iguales, de 2 gramos de cabida cada una de ellas, cerrado en una de sus extremidades por una lámina de plata con un pequeño tubo de salida, al cual se adaptan sifones rectos

ARTÍCULO II

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LOS PÁRPADOS

I.—Tumores enquistados de los párpados

Estos tumores, cuya naturaleza no está todavía bien deslindada, son generalmente pequeños quistes que contienen un líquido seroso, sanguinolento y hasta á veces purulento, cuyas paredes son fungosas, rojizas y fácilmente se las puede romper ó desgarrar. Ocupan tres sitios distintos: 1.º debajo de la piel, en donde se los encuentra fácilmente, porque son movibles y muy prominentes; 2.º debajo del músculo orbicular, el cual los comprime; de manera que, si bien forman prominencia al exterior, acaban por desgastar y perforar el cartílago tarso, para abrirse en la conjuntiva; éstos son los más comunes; 3.º debajo de la conjuntiva, y en este caso no forman prominencia al exterior.

Se ha tratado de obtener su resolución por los fundentes, la acupuntura, un pequeño sedal que los atraviese, la cauterización del trayecto fistuloso, etc. Dupuytren abría estos tumores con el bisturí y cauterizaba su fondo con el lápiz de nitrato de plata. Otros cirujanos han apelado á la extirpación, para lo cual se incide la piel ó la conjuntiva, y puesto así de manifiesto el tumor, se le coge con una pequeña erina para disecarlo. Esta disección debe hacerse con suma delicadeza, puesto que á consecuencia de ella se ha encontrado distintas veces desgastado y hasta perforado el cartílago tarso y el borde palpebral dividido, accidentes que han debido producir deformidades secundarias. La sangre que sale de la herida es, para el operador, un obstáculo considerable, y para evitarlo, Desmarres ha inventado una pinza especial que comprime entre dos anillos la porción de párpado en que se asienta el tumor (fig. 370). Por último, aun con el auxilio

ó curvos destinados á penetrar en los puntos ó conductos lagrimales, como asimismo las sondas huecas de Bowman; en la otra extremidad existe un armazón de plata acodado y en forma de embudo, al que se adapta una pera de caucho, que sirve para hacer el vacío en el interior del aparato, y, por lo tanto, para absorber y expulsar el líquido. La parte externa é inferior del codo lleva un anillo en el que se apoya el pulgar mientras el índice comprime la pera para dar salida al líquido. Ha notado el doctor Carreras que esta jeringa funciona con entera regularidad y que con ella se opera con mayor seguridad que con la de Anel, evitándose sobre todo los movimientos bruscos de atrás á delante, que tanto molestan al enfermo.

de estas pinzas muchas veces la disección resulta incompleta, y en este caso puede destruirse la porción restante del tumor con el nitrato de plata.

Procedimiento de Malgaigne.—Si el tumor está situado por fuera del cartílago tarso, practica una incisión transversal aproximadamente de un centímetro paralela al borde libre del párpado, dividiendo los tegumentos y el tumor hasta llegar al cartílago; si está situado por dentro de éste, practica una incisión análoga sobre la conjuntiva; en seguida coge el párpado lo más cerca posible del quiste entre los bocados de unas pinzas de disección, de manera que uno de éstos resulte en contacto con la piel y el otro con la conjuntiva, y haciéndolos correr lentamente hacia el quiste y comprimiendo siempre, aplasta sus paredes y las elimina hechas papilla por una especie de enucleación. La hemorragia se detiene

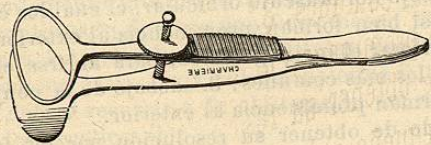


Fig. 370

Pinzas de Desmarres

inmediatamente; no cauteriza ni aplica curación alguna; se limita á recomendar al enfermo que mantenga el ojo cerrado por medio de una compresa aplicada encima; al día siguiente, la reunión se ha efectuado. A veces los bordes quedan algo rubicundos y tumefactos, pero pocos días bastan para disipar este estado. La conjuntiva al nivel del punto que sufrió la presión conserva también durante algunos días alguna rubicundez, que con la misma facilidad desaparece.

Dislaceración.—En vez de extirpar estos pequeños tumores, se puede intentar su reabsorción dislacerándolos con una aguja de catarata introducida por la piel ó por la conjuntiva, según que el tumor sea prominente en un lado ó en el otro. Poquito á poco se reabsorben y desaparecen en diez días. Desde 1873 he venido empleando muchas veces este procedimiento, y con tan sencillo medio he obtenido la curación de muchísimas chalaciones.

II.—Blefaroptosis ó caída del párpado superior

La blefaroptosis ó ptosis puede reconocer por origen dos causas principales; la prolongación excesiva de la piel del párpado, ó la parálisis del músculo elevador.

Los antiguos habían comprendido ya, casi en los mismos términos, esta distinción.

Para la simple relajación, encienden los tegumentos del párpado enfermo y reúnen por sutura. Más tarde, se emplearon la cauterización actual, el ácido sulfúrico, etc.; pero es muy preferible á todos estos métodos la escisión.

Escisión de la piel del párpado.—Cogido con las pinzas ordinarias ó con los dedos un pliegue transversal de los tegumentos, cuya base tenga la anchura suficiente para que el enfermo pueda abrir y cerrar el ojo con facilidad, se escinde todo de una vez con unas tijeras curvas por el plano. En esta escisión, más vale perderse por exceso que por defecto. Después de cohibida la hemorragia es preciso aplicar dos puntos de sutura, que se quitarán á las doce ó diez y ocho horas.

Cuando existe parálisis del músculo elevador, lo que los antiguos llamaban *caída de la ceja*, escindían una tira de los tegumentos de la frente comprendiendo sin duda el occípitofrontal. Con esto la ceja se encuentra forzosamente elevada, y el occípito-frontal, que ya en el estado ordinario contribuye algo á levantar el párpado, puede obrar en este sentido más eficazmente, porque su inserción se aproxima más á este órgano.

Parece que Morand puso en práctica este procedimiento, puesto que dice haber cogido con las pinzas la piel de la parte baja de la frente á medio dedo por encima del párpado, para escindir de este punto un colgajo practicando dos incisiones transversales de dos pulgadas de longitud, que circunscribían un espacio romboidal. Pero bien pronto añade que con su procedimiento separa una porción del párpado, lo que indicaría que su colgajo sería tomado de debajo de la ceja. Tal es aún el procedimiento de Hunt.

Procedimiento de Hunt.—Practica este cirujano una incisión semielíptica de convexidad superior, inmediatamente por debajo de la línea arqueada de la ceja, y la continúa por los lados hasta el nivel de la comisura de los párpados. Una incisión inferior une los dos extremos de la primera y circunscribe el colgajo de piel

que conviene extirpar; inmediatamente se procede á reunir la herida por tres suturas. Alcanzada la cicatrización, resulta que la piel del párpado se inserta sin pliegue intermedio á la de la ceja, y como que ésta se eleva por la acción del músculo occipitofrontal, arrastra necesariamente al párpado.

La incisión inferior se aproximará más ó menos al borde libre del párpado, según el grado de relajación del mismo. Este procedimiento expone siempre á producir una inversión excesiva del párpado. Dieffenbach procura que la escisión alcance además la conjuntiva y el músculo elevador.

Procedimiento de Dieffenbach.—Invertido por completo el párpado, se coge con una pequeña erina doble y por encima del cartílago tarso todo el espesor del párpado, excepto los tegumentos, y se escinde un colgajo transversal de 6 á 8 milímetros de extensión. Se reúne la herida por dos puntos de sutura, que atraviesan á la vez la mucosa y la piel, y vienen á anudarse delante del párpado sobre un pequeño cilindro de lienzo.

Procedimiento de Bowman.—Consiste en el mismo procedimiento de Dieffenbach ligeramente modificado. Bowman, después de haber invertido el párpado, escinde el borde del cartílago tarso y una parte del elevador sin interesar la piel. Reune luego los bordes de la herida por sutura simple.

Procedimiento de Von Græfe.—Von Græfe ataca el orbicular en vez del elevador. Incinde la piel paralelamente al borde libre á 5 milímetros del mismo. Separa los labios de la herida, descubre el orbicular y lo escinde en la extensión de 8 á 10 milímetros.

Procedimiento de Dransart (de Lovaina).—Está fundado este procedimiento en un principio muy distinto de los precedentes. Se propone unir el párpado al músculo frontal por tractus cicatriciales subcutáneos. Se incinde la piel del párpado superior paralelamente al borde superior del cartílago tarso y se disea el labio superior de la herida hasta el músculo superciliar. Hecho esto, se atraviesa el cartílago tarso en la parte media de su borde superior con una aguja provista de un hilo de catgut muy fino, en cuya extremidad se ha hecho un nudo. Atravesado el cartílago de delante atrás, se conduce la aguja de abajo arriba hasta debajo del superciliar. Se tira del hilo hasta que el nudo llegue sobre el cartílago tarso, y luego se hace otro nudo delante del superciliar, con lo cual el párpado queda más ó menos levantado según la tirantez del hilo. Del mismo modo se colocan á derecha é izquierda del hilo central un segundo y un tercero. Cortados los hilos al ras del

nudo, se deja caer el colgajo cutáneo. Los hilos desaparecen por reabsorción, dejando los tractus cicatriciales que retraen el párpado y lo unen al frontal.

Procedimiento de Pagenstecher.—Basado sobre el mismo principio que el de Dransart, suprime la incisión y disección de la piel. Se toma un hilo que lleva una aguja enhebrada en cada extremidad. La primera aguja se introduce debajo de la piel á 2 milímetros del borde palpebral y paralelamente á este borde. Se la hace salir para reintroducirla por la misma abertura dirigiéndola entonces verticalmente arriba hacia la ceja. Llegada sobre la ceja, se la hace atravesar la piel y se la retira. La segunda aguja se reintroduce á su vez por el agujero que da salida al hilo por el cual se ha introducido la primera aguja. Esta segunda debe impulsarse hacia arriba de manera que venga á salir por encima de la ceja y por el mismo agujero de salida de la primera aguja. Con esto tendremos encima de la ceja los dos cabos del hilo saliendo por el mismo orificio y formando por debajo de la piel un triángulo cuya base es paralela al párpado. Se anudan entonces estos dos extremos, apretándolos lo bastante para levantar el párpado cuanto sea conveniente. Los tractus cicatriciales profundos mantendrán el párpado levantado, el cual resultará á su vez unido al frontal.

Apreciación.—La ptosis paralítica debe tratarse ante todo por la faradización y las corrientes continuas. Si estos medios no dan resultado, pueden aplicarse los procedimientos de Dransart y de Pagenstecher. Como último recurso, puede practicarse el procedimiento de Hunt.

III.—Del entropion

Se entiende por entropion la inversión de los párpados hacia adentro. Como su gravedad depende sobre todo de la inversión de las pestañas, las cuales producen una irritación continua en la conjuntiva, esta enfermedad ha sido frecuentemente confundida con la triquiásis, y por consiguiente los procedimientos aplicables á la una han sido descritos refiriéndolos á la otra. Sin duda que ambas enfermedades tienen indicaciones comunes, pero en cambio hay otras peculiares á cada una de ellas.

El entropión parece debido, unas veces, á la laxitud excesiva de la piel, otras, á una especie de contractura del músculo orbicular, y otras, en fin, á una deformación del cartílago tarso, accidente

que sobreviene especialmente en el entropión inveterado. Los medios empleados dirigen, por consiguiente, su acción contra estas tres causas aislada 'ó simultáneamente; también se ha intentado alejar el principal inconveniente del entropion destruyendo los bulbos ciliares, como se ha apelado igualmente á la escisión del borde palpebral.

I. LAXITUD DE LOS TEGUMENTOS.—Se remedia de dos maneras: procurando la retracción de los tegumentos sin destruirlos, ó bien produciendo una pérdida de sustancia. Al primer método se refieren: la sutura y las tenacitas; al segundo, la escisión, las mordazas y la cauterización.

1.º *Sutura*.—Conocida ya desde los tiempos hipocráticos y conservada por toda la antigüedad, consiste en pasar un asa de hilo á través de la piel del párpado á la mayor distancia posible del borde palpebral, y otra cerca de este borde; se anudan las dos asas de manera que los tegumentos formen pliegue, y se deja así la ligadura hasta que se caiga por sí misma. Este procedimiento, ya olvidado, Von Græfe lo ha propuesto de nuevo en 1863 y lo ha aplicado.

2.º *Tenacitas ó garrafinas*.—Goyrand aplicaba las tenacitas en el entropion del mismo modo que los antiguos aplicaban la sutura. Comprendía entre los bocados de dos tenacitas un pliegue de piel bastante para invertir el párpado hacia afuera, y dejaba las cosas de este modo treinta y seis ó cuarenta y ocho horas, pasadas las cuales las quitaba para reaplicarlas en seguida en un punto inmediato, á fin de evitar que los tegumentos se ulcerasen. Al cabo de seis ú ocho días de estas aplicaciones sucesivas, las quitaba definitivamente, porque el párpado había perdido ya su tendencia á invertirse hacia adentro. Es verdad que se presenta en éste una ligera tumefacción, pero desaparece á no tardar.

Panas ha continuado con este procedimiento, que tiene el inconveniente de ser muy doloroso.

3.º *Escisión de la piel*.—Se practica transversal ó longitudinalmente. Se opera la sección transversal levantando la piel con los dedos, las pinzas ordinarias ó unas pinzas especiales, para separar el pliegue con las tijeras, ó bien circunscribiendo el colgajo con el bisturí y disecándolo, después de lo cual unos aplican la sutura y otros no.

La escisión longitudinal la practicó Janson.

Pablo d'Egine constreñía la piel entre dos tablillas hasta la mortificación. Bartisch había ideado, para el mismo objeto, un com-

presor cuyas ramas se aproximaban por medio de un tornillo. Quadri ha provocado escaras por la cauterización con el ácido sulfúrico. Otros han recurrido al hierro candente. La cauterización es un procedimiento peligroso que debe desecharse en absoluto.

II. CONTRACTURA DEL ORBICULAR.—Key, en 1825, escindió, todo lo inmediato posible al borde palpebral, algunas fibras de este músculo después de haberlo puesto al descubierto. La incisión es á la vez más sencilla y más racional. Esta se ha practicado por dos procedimientos.

1.º *Sección directa. Procedimiento de Wardrop*.—Este cirujano dividía el ángulo externo de los párpados de un solo tijeretazo dirigido transversalmente hacia afuera, y comprendiendo á la vez la piel, el músculo y la mucosa.

2.º *Sección subcutánea. Procedimiento de Cunier*.—Se hunde un tenotomo estrecho en el centro del párpado al nivel del reborde orbitario, y se desliza la punta por debajo del músculo orbicular hasta el borde palpebral. Volviendo en este momento el filo mirando á la piel, y retirando lentamente el tenotomo, se divide el músculo de atrás á delante; el dedo aplicado sobre la piel favorece la operación siguiendo todos los movimientos de la maniobra. Como que son, según se dice, las fibras inmediatas al borde palpebral las que principalmente se contraen en el entropion, se recomienda que la punta del tenotomo llegue hasta el borde, sin lo cual se cree que el resultado sería incompleto.

Contra el entropion espasmódico, Von Græfe practica la siguiente operación (fig. 371): traza en la piel una incisión curvilínea paralela al borde del párpado, incisión que va de una á otra comisura. Quita entonces un triángulo de piel circunscrito por dos incisiones que se unen cerca del borde adherente del párpado, disecciona los colgajos resultantes para facilitar su deslizamiento y los une por algunos puntos de sutura. Las dimensiones de la base del triángulo y la longitud de sus lados dependen de la extensión de la deformidad.

El blefarospasmo es las más de las veces sintomático de una inflamación de la córnea ó de la conjuntiva, ó también de una neuralgia supraorbitaria, etc. En este último caso, es simplemente un fenómeno reflejo; para evitarlo, Von Græfe, siguiendo el consejo de Romberg, ha creído conveniente seccionar el nervio supraorbitario, á beneficio de lo cual ha desaparecido la contracción del orbicular. Esta operación, repetida diferentes veces en casos análogos, ha dado por lo común felices resultados.

Colodion.— Cuando el entropion no es muy considerable y sobre todo cuando es reciente, como sucede algunas veces después de la operación de la catarata, podemos limitarnos á aplicar en la piel, previamente lavada con alcohol, una ligera capa de colodion, renovándola cada dos ó tres días.

III. DEFORMIDAD DEL CARTÍLAGO TARSO.— Unas veces parece que este cartílago está simplemente acortado, pero otras está como arrollado y encorvado de un modo defectuoso.

1.º *Incisión doble. Procedimiento de Guthrie*.— Se introduce la hoja de un pequeño bisturí obtuso ó las de unas tijeras igualmente

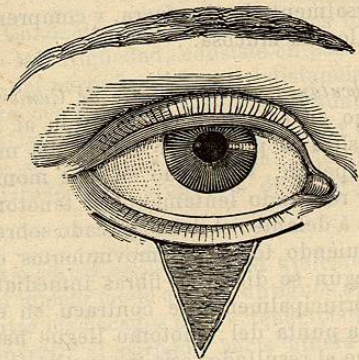


FIG. 371

Entropion, procedimiento de Von Græfe

obtusas por el ángulo externo del ojo, y se practica en el párpado una incisión perpendicular que comprenda todo el espesor de éste y de 6 á 12 milímetros de longitud; otra incisión análoga se practica en el ángulo interno por fuera del punto lagrimal. Estas dos incisiones deben prolongarse de manera que la porción de párpado que comprende el cartílago tarso quede perfectamente libre y deje desde este momento de obedecer á la acción del músculo orbicular. Invertida por completo entonces esta porción sobre la frente, el operador la mantiene en este sitio con el índice izquierdo, mientras que divide las adherencias que con este músculo hayan tal vez quedado, las cuales comunicarían á esta porción sus movimientos. Después de esto, se la deja caer sobre el ojo y se manda al enfermo que levante naturalmente el párpado. Si en este movimiento se observa que el cartílago tarso toma todavía una incur-

vación anormal, se separa á beneficio de una incisión transversal una porción de la piel comprendida entre las dos incisiones y se escinde de este cartílago una porción suficiente para destruir semejante corvadura. El punto en que más se nota esta exageración de la curva del cartílago, y por consiguiente el que la escisión debe ser más considerable, es cerca del ángulo interno. Se colocan luego en los bordes de la herida transversal cuatro asas de hilo cuyos extremos son conducidos hacia la frente y sujetados en este punto por una tira aglutinante, á fin de impedir que la porción desprendida del párpado se reuna en las mismas relaciones que antes de la operación. Guthrie procura que el asa colocada cerca de la comisura interna atravesase todo el espesor del párpado.

2.º *Escisión del cartílago tarso. Procedimiento de Saunders*.— Después de haber colocado entre el párpado y el globo del ojo una chapa delgada de asta ó plata sobre la cual se extiende el párpado enfermo, se practica una incisión paralela al cartílago tarso, situada inmediatamente por encima de las raíces de las pestañas, y que comprenda los tegumentos del músculo orbicular; se disecciona en seguida con toda precaución la superficie externa de este cartílago, de manera que su borde orbitario quede enteramente al descubierto, y, finalmente, se le desprende por los lados procurando no interesar el punto lagrimal.

Este procedimiento está fundado en el conocimiento anatómico de que el elevador del párpado se inserta en los tegumentos y en la conjuntiva; por consiguiente, la ablación del cartílago no le priva de sus inserciones. La cicatrización por lo general es rápida, pero Saunders ha observado que constantemente se desarrolla en la herida exterior un fungus bastante considerable, pero que se puede fácilmente destruir por medio de los cáusticos y mejor aun con el bisturí.

En vez de atacar el cartílago por la piel, Tyrrell lo extraía incindiendo la conjuntiva.

3.º *Procedimiento de Von Græfe*.— Cuando se trata del párpado superior y al entropion espasmódico va unida una deformación del cartílago tarso, Græfe emplea el mismo procedimiento que con su nombre hemos descrito anteriormente; pero en la luz del triángulo cutáneo, circunscribe un segundo triángulo dispuesto al revés del primero, pues que su base corresponde al borde adherente del párpado. Escinde en este punto las fibras del orbicular y reseca una porción triangular del cartílago (fig. 372), conservando únicamente la conjuntiva. Aplica los puntos de sutura de tal suerte, que el centro corresponde al nivel de la base del triángulo cartilaginoso cutáneo, y aproxima los bordes. Los demás hilos se aplican

del mismo modo que en el procedimiento anteriormente descrito.

Procedimiento de Streatfield.—Practica á dos milímetros por encima del borde libre y paralelamente al mismo una incisión que profundiza hasta el cartílago tarso. De las extremidades de esta incisión, parte una segunda línea curva de concavidad inferior que llega asimismo hasta el cartílago y escinde la porción de piel y de orbicular limitada por estas incisiones. Puesto el cartílago tarso al descubierto, traza dos incisiones paralelas al eje del párpado ligeramente separadas por delante, pero que se reúnen cerca de la cara profunda del cartílago, interceptando un prisma triangular, cuya base corresponde á la cara anterior del cartílago. Streatfield

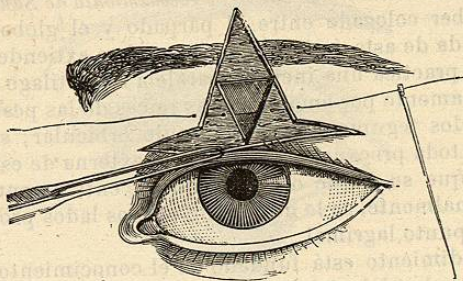


FIG. 372

Operación de Von Græfe para el entropion, con escisión triangular del cartílago tarso

dejaba la herida á su espontánea curación, esperando que la retracción cicatricial aproximaría los labios de la herida del cartílago y lo enderezaría.

Procedimiento de Snellen.—Este cirujado opera como Streatfield, pero une los bordes separados del cartílago por puntos de sutura. Esta se practica con un hilo enhebrando una aguja en cada uno de sus extremos. La primera aguja atraviesa el labio superior de la muesca hecha al cartílago, luego la piel del borde libre un poco por encima de la línea de las pestañas; la segunda aguja atraviesa asimismo la piel á cuatro milímetros del orificio de salida de la primera. De este modo atraviesan la incisión superior del cartílago tres hilos, que á su vez atraviesan en seis puntos el borde libre. Al anudar los hilos se endereza el cartílago.

Son asimismo aplicables al entropion los demás procedimientos empleados para la triquíasis.

IV. ESCISIÓN DE LOS BULBOS CILIARES. *Procedimiento de Schreger.*—Se practica una incisión paralela al borde del párpado y á la distancia conveniente para que comprenda toda la altura de los bulbos; Hardegg la practicaba á una línea de la inserción de las pestañas. Se coge entonces con una pequeña pinza-erina la piel comprendida entre la incisión y el borde palpebral, y atrayéndola hacia sí, se extirpa con el bisturí á pequeños cortes todo el espesor ocupado por los bulbos ciliares. Es preciso respetar el cartílago, que fácilmente se le reconocerá por su color blanco, si se procura quitar continuamente la sangre que fluye de la herida, y al mismo tiempo procurará el cirujano no dejar bulbo alguno, los cuales reconocerá también sin dificultad por su color negruzco.

Casos hay en los cuales la operación determina dolores incesantes á lo largo de la nariz; pero por lo común desaparecen pasadas una ó dos horas. Concluida la operación, durante algunas horas se cubre la herida con compresas mojadas en agua fría, después basta cubrir el ojo con una compresa seca simple, y la herida cura por lo regular á los ocho ó diez días.

IV.—Del triquíasis

El triquíasis consiste esencialmente en la retroversión de una ó muchas pestañas. Es generalmente una complicación del entropion, y por este motivo, las dos enfermedades tienen indicaciones comunes; pero se la encuentra frecuentemente aislada, y entonces ofrece indicaciones especiales.

En suma, existen en este caso dos indicaciones principales: volver á su dirección normal las pestañas desviadas, ó destruirlas; pero para llenar este doble objeto, puede el cirujano dirigirse á las pestañas mismas, á los bulbos ciliares ó al borde palpebral, de donde se deducen seis métodos secundarios, á los cuales se refieren á su vez un número todavía mucho mayor de procedimientos.

I. ENDEREZAMIENTO DE LAS PESTAÑAS.—Heráclito de Tarento pegaba las pestañas desviadas á las que no lo estaban; Aetius propuso pegarlas á la piel del párpado; y Rhazis, rizarlas hacia afuera. Celso, por medio de una aguja enhebrada con un cabello de mujer, á cuya asa unía las pestañas, las hacía atravesar un pliegue de la piel del párpado. Este procedimiento es absurdo; los demás podrían ser más ó menos paliativos.

II. ARRANCAMIENTO DE LAS PESTAÑAS.—Este procedimiento parece que se remonta á la época de Antonio Musa. Se coge cada

pelo aisladamente con una pinza de disección ó de depilación, y se le arranca por tracción brusca; medio excelente, pero que no pasa de simple paliativo.

III. ENDEREZAMIENTO DE LOS BULBOS Y DEL BORDE PALPEBRAL.—Malgaigne propuso practicarlo treinta años atrás del modo siguiente, antes que nadie lo hubiese pensado ni practicado. Escindiría decía, la porción de piel que cubre los bulbos sospechosos, por dos incisiones verticales y desprendería estos bulbos del cartílago tarso por una disección que separaría en dos el borde libre del párpado. Para mantener después los bulbos invertidos hacia afuera, podría recurrir á diversos medios: una tenacita aplicada en la piel del párpado que atrajera hacia afuera y abajo al colgajo desprendido, ó una tenacita que aproximara los labios de la incisión por debajo del colgajo de ese modo vuelto hacia afuera; ó también podría recurrir á la escisión y á la cauterización, del mismo modo que, según veremos, han sido aplicadas para invertir el borde palpebral en todo su espesor.

La operación propuesta por Malgaigne ha sido llevada á cabo por dos procedimientos análogos, ideados uno por Arlt y el otro por Von Græfe.

Procedimiento de Arlt.—Si se trata del párpado superior, cogiéndolo con las pinzas de Snellen (fig. 373), se hunde un pequeño

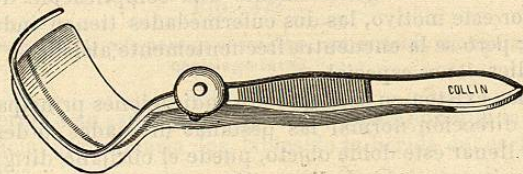


FIG. 373

Pinzas de Snellen

tenotomo entre la línea formada por las pestañas y la de los orificios de las glándulas de Meibomio (fig. 374). El cuchillo sale por encima del punto á que corresponde el borde adherente del cartílago tarso, y siguiendo á lo largo de este borde desprende á manera de puente un colgajo de piel adherido tan sólo por sus extremos, y en cuyo espesor se alojan los bulbos de las pestañas que se trata de enderezar.

Ejecutado este primer tiempo, se traza una segunda incisión por encima del borde adherente, y á una distancia que varía según el acortamiento que se trata de obtener; esta incisión y la anterior

circunscriben un colgajo cutáneo, que es preciso disecar y extirpar. Se aplican entonces algunos puntos de sutura, acortando esta

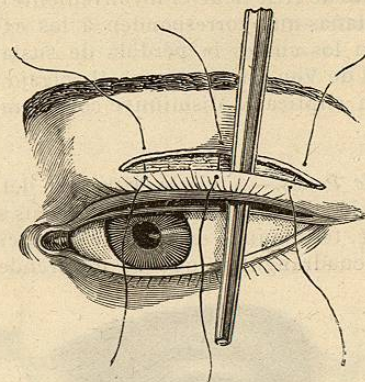


FIG. 374

Triquiasis, procedimiento de Arlt.—Sonda acanalada pasada por debajo del colgajo, conteniendo las pestañas. El otro colgajo circunscrito por dos incisiones ha sido extirpado.

aproximación la cara cutánea del párpado y levantando las pestañas desviadas.

Procedimiento de Von Græfe.—Consiste en practicar la incisión paralela al borde libre, lo mismo que en el procedimiento de Arlt;

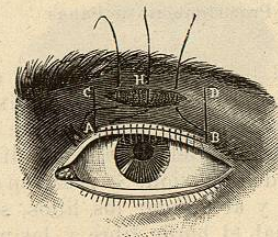


FIG. 375

Procedimiento de Von Græfe. AB, incisión del borde libre; CA, DB, incisiones verticales; H, colgajo escindido

pero sobre cada uno de los extremos de la incisión A B, caen otras dos verticales CA—DB, circunscribiendo un colgajo cuadrilátero

que ascenderá escindiendo de su base un pliegue de la piel, cuyos bordes se reunirán por sutura.

El procedimiento de Arlt tiene el inconveniente de que endereza muy poco las pestañas que corresponden á los extremos de la incisión, puntos en los cuales la pérdida de sustancia es menor; pero en cambio el de Von Græfe expone el colgajo á la gangrena, porque la escisión elíptica H disminuye considerablemente su vitalidad (fig. 375).

Procedimiento de Panas.—A cierta distancia del borde libre se practica una incisión paralela á este borde; de sus extremos parten dos incisiones que, terminando en el borde libre, circunscriben un pequeño colgajo cuadrangular, que se desprende disecando su

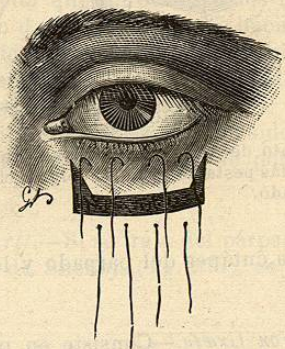


FIG. 376

Procedimiento de Panas

cara profunda hasta el borde libre, en el cual continúa adherido (fig. 376). En la figura que indica este procedimiento, la incisión está equivocadamente demasiado lejos de este borde. Se recorta después del borde horizontal del colgajo una tirita más ó menos ancha, según el grado de inversión. Se pasan en seguida los puntos de sutura suficientes, y al anudar los hilos, se tira del colgajo hacia abajo, con lo cual el borde libre y las pestañas desviadas hacia adentro se inclinarán hacia afuera en grado proporcional á la escisión que se haya operado en el colgajo.

Procedimiento de Anagnostakis.—Este procedimiento, que es aplicable al triquiásis parcial del párpado superior, es un derivado del de Græfe. Consiste en dos incisiones verticales que caen sobre el borde libre y que corresponden á los límites de la porción que pre-

senta pestañas desviadas (fig. 377); después de haber desprendido

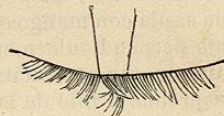


FIG. 377

Procedimiento de Anagnostakis (Incisiones)

este pequeño colgajo, se escinde su extremo libre (fig. 378) y se le une por dos puntos de sutura al borde libre del párpado (fig. 379).



FIG. 378

Procedimiento de Anagnostakis.—
Escisión del borde del colgajo

FIG. 379

Procedimiento de Anagnostakis.—
Sutura

Procedimiento de Herzenstein.—Este procedimiento tiene por objeto enderezar las pestañas comunicándolas una especie de movi-

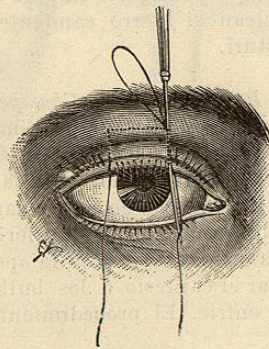


FIG. 380

Procedimiento de Herzenstein

miento de báscula, lo que se efectúa ejerciendo sobre sus respectivos bulbos una presión que las adherencias, efecto de la inflama-