

ción, hacen permanente. Protegido el ojo con una chapa de metal ó marfil, Herzenstein introduce entre las pestañas y la línea de los folículos de Meibomio una aguja con mango que tiene el ojo cerca de la punta. Dirigida la aguja perpendicularmente al borde libre, sale á través de la piel inmediatamente por encima del borde adherente del cartílago tarso. Se desprende el hilo de la aguja y se retira ésta; con el mismo hilo se enhebra en seguida de nuevo la aguja, se la introduce por el punto por donde salió, y, deslizándola por debajo de la piel paralelamente al borde libre, deberá salir en un punto no muy lejano. Se repite la misma maniobra de desprender el hilo de la aguja y de extraer ésta, para armarla de nuevo y hacerla correr por debajo de la piel desde el punto por donde acaba de salir hasta el borde libre del párpado (fig. 380). En definitiva, resultará un asa de hilo rodeando el cartílago tarso por su borde adherente, y cuyos extremos saldrán cerca del borde libre del párpado. Anudados los cabos de este hilo, la constricción consiguiente levantará el borde libre del párpado y con él las pestañas. Desde el momento que se presente la supuración, será preciso cortar y extraer el hilo.

De todos estos procedimientos, el de Arlt es, al parecer, el que debe dar más frecuentemente y con mayor seguridad mejores resultados.

IV. DESTRUCCIÓN DE LOS BULBOS.—Celso indicó ya la cauterización con el hierro candente; Aetius propuso dividir los bulbos transversalmente para que la cicatriz impida el crecimiento de los pelos. Hoy día se emplean el hierro candente, los cáusticos y la extirpación con el bisturí.

1.º *Cauterio actual. Procedimiento de Champesme.*—En este procedimiento se empieza por arrancar con las pinzas las pestañas desviadas; invirtiendo después el párpado hacia afuera y cuidando de preservar el globo del ojo, se cauteriza cada bulbo en particular con un cauterio actual terminado en punta larga de algunos milímetros y colocada sobre una dilatación esférica bastante voluminosa, que retiene el calor necesario para la operación.

Es muy difícil aplicar el cauterio á los bulbos con la suficiente rapidez antes que se enfríe. El procedimiento siguiente resuelve esta dificultad.

Procedimiento de Carron del Villars.—Sin arrancar la pestaña, y, al contrario, utilizándola por guía, se introduce en cada bulbo un alfiler de insectos; cuando todos los alfileres están implantados, se los reúne por un pequeño nudo de hilo de plata recocido, y se coge el grupo así formado con un hierro de rizar calentado al blanco.

Se preserva el ojo cubriéndolo con papel de estraza mojado y sostenido con una cuchara de madera.

Este procedimiento es únicamente aplicable á los casos en los cuales se trata únicamente de dos ó tres pestañas desviadas; en caso contrario, los alfileres provocan una viva irritación, pueden caerse fácilmente, y al mismo tiempo puede suceder que la cauterización exceda los límites convenientes: Desmarres ha visto, á consecuencia de ello, una pérdida de sustancia y un coloboma de 2 milímetros de profundidad.

2.º *Electrolisis. Procedimiento de L. Le Fort.*—Lo mismo el cauterio actual, que el eléctrico, son desde luego inaplicables, puesto que, operando así, no sólo se cauterizan los bulbos, si que también las partes inmediatas; con lo cual nos exponemos á provocar una extensa pérdida de sustancia. La cauterización tal como la propone Carron del Villars es enteramente ilusoria. Desde 1872

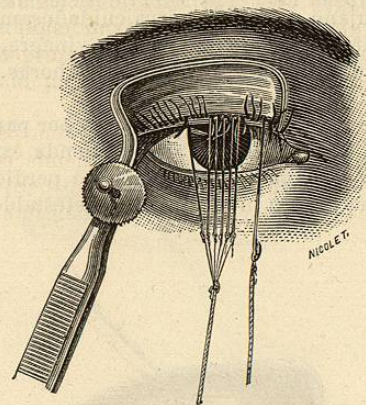


Fig. 381

Procedimiento de L. Le Fort

empleo un procedimiento muy sencillo y extraordinariamente eficaz. Consiste en introducir en el bulbo de cada pestaña desviada una aguja de coser enhebrada con un hilo de plata; retuerzo los hilos en masa y los pongo juntos en comunicación con el polo negativo de un aparato de electrolisis. La comunicación con el otro polo se efectúa por una aguja introducida en una de las pestañas desviadas, que se había dejado expresamente sin ella al aplicar las que debían formar un haz común (fig. 381). Basta que la corriente obre algunos segundos, para que la des-

trucción de los bulbos sea completa. Tal era el primitivo procedimiento. Ahora encuentro más fácil aplicar en la sién un electrodo ancho ordinario (porta-esponja ó carbón cubierto de piel de gamuza mojada) é introducir sucesivamente en cada bulbo la aguja de oro con mango.

3.º *Empleo de los cáusticos. Procedimiento de Solera.*—Se sirve este cirujano de pequeños cilindros de potasa cáustica cubiertos con una capa de goma laca ó de cera. Para usarlos, se descubre 1 milímetro todo lo más el cilindro, y se aplica en la piel á la distancia de unos dos milímetros del borde palpebral, paralelamente á la dirección de éste y enfrente de las pestañas desviadas. A medida que va desarrollando su acción el cáustico, un ayudante procurará que al derretirse no se derrame en el ojo. Tres ó cuatro toques son suficientes para producir una pequeña herida, que se cauterizará pronto cuantas veces sea necesario para poner al descubierto los bulbos, que aparecen bajo el aspecto de filetes negruzcos. Al percibir éstos, el cirujano se detiene; seca cuidadosamente el párpado y lo cubre con una compresa empapada en vinagre, que se renueva á menudo durante las primeras veinticuatro horas. Al día siguiente, se puede dejar ya el ojo al descubierto.

Este procedimiento exige infinito esmero por parte del operador para evitar que la potasa, al derretirse, extienda excesivamente su acción; se cita un caso en el cual el enfermo perdió el ojo por esta causa. En resumen, es un procedimiento detestable que sólo cito como recuerdo.

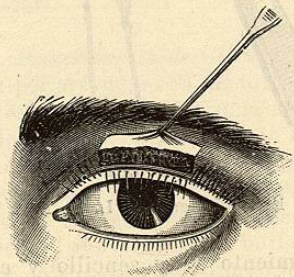


FIG. 382

Procedimiento de Vacca-Berlinghieri

4.º *Extirpación con el bisturí. Procedimiento de Vacca-Berlinghieri.*—Se empieza por trazar con tinta en la piel del párpado una línea que indique exactamente el trayecto á que corresponden las pesta-

ñas desviadas. Se coloca una lámina de metal ó asta entre el ojo y el párpado, lámina que protege á aquél y presta apoyo á éste. En esta disposición, practica el cirujano dos incisiones verticales, que empiezan á 3 milímetros del borde palpebral y terminan en este mismo borde; otra incisión transversal que, como las dos anteriores, no interesa más que la piel, las une entre sí (fig. 382). Se coge con la uña ó unas pinzas el colgajo circunscrito por estas tres incisiones, y se le disecciona á fin de poner al descubierto los bulbos que corresponden á las pestañas desviadas, situados los unos al lado de los otros, inmediatamente debajo de los tegumentos. Procede entonces quitar una por una todas las pestañas, ó si la sangre impidiese distinguir los bulbos, disecar y extirpar el tejido celuloso en que se alojan, después de lo cual se aplicaría el colgajo sobre la herida.

Procedimiento de L. Le Fort.—Desde 1866 empleo un procedimiento cuyos buenos resultados han sido constantes cuando la desviación tiene lugar en un grupo de pestañas. Cogido el borde palpebral con las pinzas de Snellen, practico una incisión paralela y subyacente á la piel por delante de la línea de las pestañas

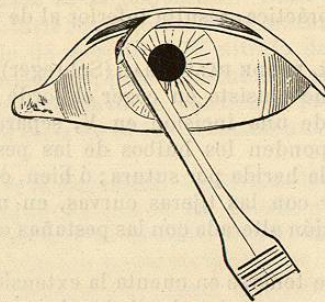


FIG. 383

Procedimiento de L. Le Fort

(fig. 383). Otra incisión análoga practico por el lado de la conjuntiva entre las pestañas y las glándulas de Meibomio; y después, con las pinzas de garfio y unas tijeras delgadas, escindo el pequeño colgajo que queda entre las dos incisiones, en el cual están comprendidas las pestañas y los bulbos. No es necesario practicar sutura alguna, puesto que la cicatrización se verifica en el curso de las primeras veinticuatro horas.

V. DILATACIÓN CRUENTA DE LA ABERTURA PALPEBRAL. *Procedi-*

miento de Pagenstecher.—Se practica en la comisura externa una incisión que prolonga la hendidura palpebral, interesando de piel 8 milímetros y de conjuntiva 6. Ejerciendo entonces tracción vertical hacia arriba y abajo, la herida toma esta dirección, y luego se sutura la conjuntiva sobre el borde de la incisión de la piel.

Procedimiento de Richet.—Consiste este procedimiento en practicar en la piel de la comisura dos incisiones que se unan en ángulo agudo, y separar el triángulo cutáneo que circunscriben, cuyo vértice mira afuera y la base corresponde á la comisura. Hecho esto, se practica una incisión lineal en la conjuntiva en toda la extensión en que quedó al descubierto, con lo cual resultan dos colgajos de conjuntiva que, aplicados sobre los bordes de la piel, impedirán la adherencia ulterior de los dos bordes de la incisión. En diferentes ocasiones he puesto en práctica estos dos procedimientos, y no he debido felicitar me de los buenos resultados que me hayan proporcionado, porque indudablemente son éstos más teóricos que prácticos, puesto que, una vez incindida la piel, la conjuntiva se retrae y de ningún modo es posible cortar colgajos de conjuntiva de la superficie cruenta resultante. A pesar de que teóricamente el procedimiento de Richet parece ser muy ventajoso, sin embargo, en la práctica, resulta inferior al de Pagenstecher.

VI. ESCISIÓN DEL BORDE PALPEBRAL (Schreger).—Es una operación muy sencilla que consiste en coger el borde palpebral, invertirlo, y, por medio de una incisión en V, separar la porción de borde al cual corresponden los bulbos de las pestañas desviadas, reuniendo después la herida por sutura; ó bien, cuando esto no es posible, en escindir con las tijeras curvas, en un colgajo semi-elíptico, toda la porción alterada con las pestañas correspondientes.

Apreciación.—Debe tenerse en cuenta la extensión del triquiásis; si tan sólo hay algunas pestañas desviadas, lo mejor es destruirlas; mis procedimientos por electrolisis ó por escisión, y sobre todo el primero, llenan perfectamente esta indicación. Si la desviación alcanza gran parte de las pestañas, no es posible destruirlas sin desfigurar al enfermo; en este caso son aplicables los procedimientos de Arlt y de Panas, que procuran el enderezamiento dislocando el borde ciliar. La dilatación de la hendidura palpebral sólo será conveniente cuando haya al mismo tiempo ectropión.

V.—Del ectropión

El ectropión depende de dos causas muy distintas: ó la conjuntiva está tumefacta, engruesada, ó la piel está retraída por una cicatriz. Añádase á esto que en el ectropión inveterado el borde palpebral y el cartilago tarso acaban por adquirir mayor longitud, lo cual aumenta la gravedad.

Muchos son los procedimientos que se han ideado contra el ectropión; no obstante, pueden referirse á cuatro métodos generales, basados en cuatro indicaciones distintas:

- 1.º Retracción de la conjuntiva;
- 2.º Prolongación de la piel;
- 3.º Enderezamiento del cartilago;
- 4.º Retracción del cartilago tarso y del borde palpebral.

PRIMER MÉTODO. *Retracción de la conjuntiva.*—Esto se consigue por dos procedimientos: la cauterización y la escisión.

1.º *Cauterización de la conjuntiva.*—Celso recomendaba el cauterio actual; Guthrie se sirvió del ácido sulfúrico, y otros cirujanos del nitrato ácido de mercurio. El nitrato de plata es menos peligroso que los anteriores, pero en cambio es también menos eficaz; cuando la conjuntiva haya de sufrir una pérdida de sustancia un poco extensa, la escisión es indudablemente el medio más seguro.

2.º *Escisión de la conjuntiva.*—Antyllus levantaba el rodete formado por la conjuntiva con un asa de hilo que previamente había pasado á su través, y lo escindía con el escalpelo; pero la generalidad de los cirujanos prefieren las tijeras.

Sentado el enfermo con la cabeza inclinada hacia atrás, coge el cirujano con el índice y pulgar izquierdos el párpado invertido, haciendo de manera que sobresalga la conjuntiva al exterior todo lo posible, y con unas tijeras curvas por su plano, extirpa por completo toda la porción fungosa, procurando que la incisión sea paralela al borde libre del párpado.

Si de este modo no es posible alcanzar con las tijeras toda la porción de conjuntiva que conviene separar, en vez de coger el párpado del modo dicho, se coge esta membrana con unas pinzas ó con una erina doble, se la levanta todo lo posible, y con un pequeño bisturí convexo, se podrá incindir á la profundidad conveniente á lo largo del cartilago tarso, pero respetando siempre los puntos lagrimales. Se levanta en seguida, cogiéndolo con unas

pinzas, el colgajo superior que se trata de extirpar, y se desprende con el bisturí de la cara interna del párpado hasta el repliegue ocular de la conjuntiva; llegado á este punto, se corta la base de este colgajo con las tijeras.

SEGUNDO MÉTODO. *Prolongación de los tegumentos.*—Se ha intentado alcanzar este objeto de tres maneras: Aproximando simplemente los párpados entre sí con tiras aglutinantes (Fabricio de Acquapendente); practicando en los tegumentos una incisión transversal cuyos bordes se procura mantener separados por diversos medios; ó bien reemplazando la falta de tegumentos por un colgajo tomado de otra parte, es decir, por la *blefaroplastia*.

Las tiras aglutinantes son un medio muy inocente, pero también de escasísima eficacia; la blefaroplastia, por el contrario, es un medio que resuelve directamente el problema y rara vez deja de dar el resultado apetecido; pero como este proceder es igualmente aplicable á otras afecciones, nos ocuparemos de él en un capítulo especial. Aquí trataremos únicamente de la incisión y de los diversos procederes para ella ideados.

Celso recomendó, para el párpado inferior, una incisión curva de concavidad inferior. Los modernos, no comprendiendo el objeto de tal proceder, han practicado una incisión curva de concavidad superior, ó una incisión simplemente transversal. Por lo demás, esta incisión debe practicarse debajo del cartílago tarso, dividiendo los tegumentos hasta llegar al músculo orbicular, y después, si se quiere poner en práctica el proceder de los antiguos, será necesario separar los bordes y curar de plano para obtener una cicatriz ancha y uniforme. A pesar de que, al decir de algunos, se han podido alcanzar de este modo buenos resultados, es lo cierto que las más de las veces queda una cicatriz lineal, y que nada se obtiene de lo apetecido. Esta incisión podría tal vez ser útil empleada como auxiliar de la escisión de la conjuntiva.

Bonnet (de Lyon) ensayó la reunión transversal de esta incisión, lo cual efectivamente prolongaría el párpado.

Procedimiento de Bonnet.—Después de practicada en la piel una incisión transversal, levanta el cirujano el borde libre del párpado, lo cual, separando los labios de la herida, da á ésta una forma romboidal; en seguida reúne por sutura los bordes interno y externo de este rombo (fig. 384, 385). Con esto resulta el párpado transversalmente estrechado, tanto que Bonnet vió doblarse el borde palpebral por esta causa; pero lo corrigió refrescando el interior de este pliegue y aplicando nuevos puntos de sutura. Cree este mismo cirujano que, en los casos de ectropion muy conside-

rable, serían necesarias dos incisiones y dos suturas en el mismo párpado.

Otros han propuesto circunscribir un colgajo en forma de rombo cuyo diámetro mayor sea vertical, y aproximar los bordes en este mismo sentido; pero con ello produciríamos una nueva pérdida de

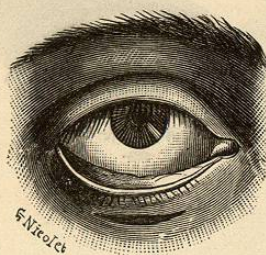


FIG. 384

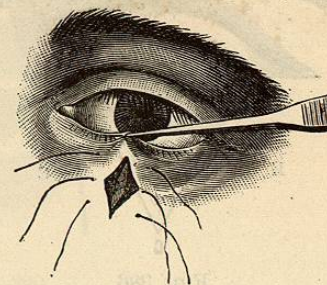


FIG. 385

Procedimiento de Bonnet

sustancia, lo cual únicamente podría ser algo ventajoso en el caso, por cierto bien raro, de que la cicatriz, causa del ectropion, pudiese ser comprendida en el ámbito de dicho rombo. La incisión simple de Bonnet, aparentemente más racional, es tan sólo aplicable en casos extraordinariamente raros. Sucede en estas operaciones que, si la sutura ha de reunir bordes algo separados, los hilos dividen los tejidos.

Procedimiento de Dieffenbach.—Cuando la causa del ectropion es una cicatriz ó una degeneración de la piel y es precisa una pérdida de sustancia de los tegumentos, Dieffenbach extirpa las partes enfermas por tres incisiones formando un triángulo ABC, cuya base es paralela al párpado (fig. 386); prolonga la base del triángulo por dos incisiones oblicuas hacia abajo BE—AD, y disecciona los dos pequeños colgajos laterales para poder reunir en la línea media las dos incisiones AC y BC. Los bordes de las incisiones BE—AD, que resultan horizontales, se han de reunir con el párpado (figura 387).

Procedimiento de Sanson.—Se practican dos incisiones en V circunscribiendo un colgajo, y disecados los bordes de éste, se tira el párpado hacia arriba para colocarlo en su posición normal. Con este movimiento, el colgajo asciende y es preciso unirlo por puntos

de sutura á la piel inmediata; pero como quiera que por este movimiento comunicado á la piel del párpado resulta en el ángulo de la V un vacío de tegumentos (fig. 388), en este punto será preciso

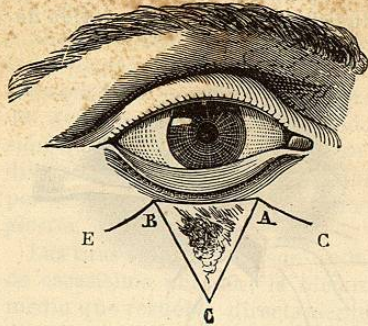


FIG. 386

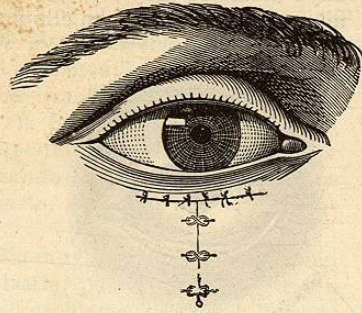


FIG. 387

Procedimiento de Dieffenbach

unir linealmente los dos bordes opuestos de la incisión, con lo cual resultarán en vez de la V, una Y (fig. 389).

Procedimiento de Von Græfe.—Consiste en una incisión horizontal practicada en el borde libre, desde el punto lagrimal hasta el án-

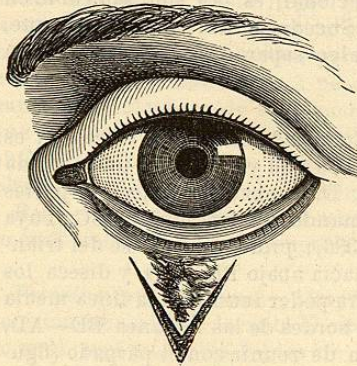


FIG. 388

Procedimiento de Sanson atribuido á Warton Jones

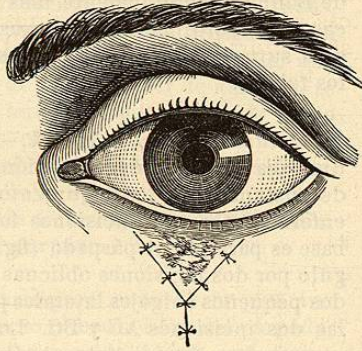


FIG. 389

El mismo procedimiento

gulo externo; de los extremos de esta línea descienden verticalmente sobre la mejilla dos incisiones que circunscriben un colgajo

cuadrilátero (fig. 390), colgajo que es preciso disecar hasta un poco más abajo de la terminación inferior de las incisiones verticales. Se practica luego en el borde de este colgajo correspondiente al ángulo interno del ojo, una incisión angular BB, y se escinde toda la porción del ángulo interno del párpado (DC) comprendida

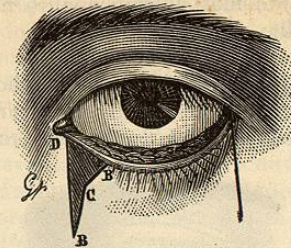


FIG. 390

Procedimiento de Von Græfe

entre esta incisión angular BB y la vertical interna. El punto B del borde libre se sutura al D del ángulo mayor y se continúa suturando toda la extensión de los bordes DC y BB, con lo cual, al mismo tiempo que se eleva el borde libre del párpado, disminuyen sus dimensiones.

Procedimiento de Alf. Guérin.—En este procedimiento se practi-

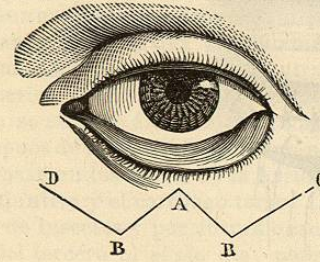


FIG. 391

Procedimiento de Alf. Guérin

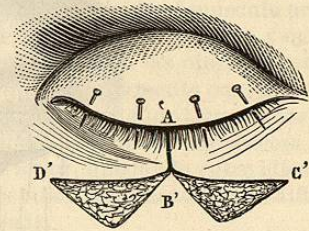


FIG. 392

El mismo procedimiento

can en el párpado cuatro incisiones, formando, dos á dos, dos V de base superior ABC—ABD. Disecados los dos colgajos, se eleva el párpado, con lo cual quedan inferiormente dos superficies triangu-

lares cruentas, que se cicatrizan aisladamente y están separadas por un triángulo de piel sana. De los colgajos levantados por la colocación del párpado en su sitio normal, se suturan los bordes que mutuamente se corresponden A', B', con lo cual se obtiene el efecto deseado. La separación de las incisiones medias A B variará con la extensión del ectropion, de manera que el ángulo que formen será tanto más abierto cuanto más invertido esté el párpado (fig. 391, 392).

Procedimiento de Jæger y de Richet.—Se practica en el párpado inferior una incisión curvilínea (A, fig. 393) paralela al borde invertido; se disecciona un poco la piel á fin de poder rectificar el párpado,

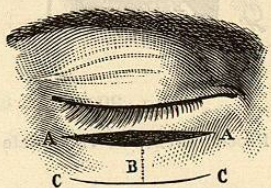


FIG. 393

Procedimiento de Jæger y de Richet

cuyo borde libre se refresca y se reúne por sutura al borde libre del párpado superior igualmente refrescado. La ascensión del pár-

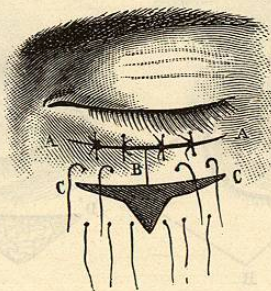


FIG. 394

Procedimiento de Jæger y de Richet

pado deja al descubierto una superficie cruenta (A B A) que es preciso llenar (fig. 393). Con este objeto, se practica algunos milímetros más abajo una incisión (CC) paralela á la primera, circuns-

cribiendo de este modo un colgajo cuadrilátero cuya cara profunda es necesario disecar. Ascendiendo este puente de tegumentos hasta que su borde superior se ponga en contacto con el también superior de la primera incisión, quedará cubierta toda la superficie cruenta. Como que este colgajo sería excesivamente largo, es preciso dividirlo en dos mitades (B) y escindir la piel sobrante. Al cubrir con este colgajo la superficie cruenta resultante de la ascensión del párpado, queda todavía por debajo otra superficie análoga, que es preciso cubrir para evitar la formación de una cicatriz deforme y retráctil. Con este objeto se practica, pues, una nueva incisión en V, se extirpa el colgajo por ella circunscrito (fig. 394) y aproximando por medio de la sutura sus bordes, se podrán rectificar y levantar los curvilíneos de la incisión horizontal, que á su vez serán suturados con el borde inferior del colgajo cuadrilátero. Este procedimiento, excepto la sutura de los párpados ideada por Mirault d'Angers, lo ideó y puso en práctica Jæger, y lo describió Dreyer en 1831.

TERCER MÉTODO. Enderezamiento del cartílago tarso.—Existe un solo procedimiento, el de Dieffenbach.

Procedimiento de Dieffenbach.—Con un bisturí recto de hoja estrecha, se empieza practicando en los tegumentos á algunos milímetros por encima del borde inferior de la órbita, y paralelamente á este borde, una incisión semilunar cuya extensión sea poco más ó menos los dos tercios de la longitud del párpado, y que ocupe exactamente la parte media. Dividida por completo la piel, se desprende ésta inferiormente de una parte del cartílago tarso, y en el punto en que termina esta disección, se divide el músculo orbicular y la conjuntiva paralelamente á la incisión cutánea y en la misma longitud que ésta. Se atrae entonces con las pinzas el borde superior de la herida de la conjuntiva, juntamente con el tarso que se adhiere á esta membrana, á la herida de los tegumentos; y después de haber escindido una pequeña porción de esta mucosa, se aproximan los labios de la herida exterior, quedando entre ellos la conjuntiva y el cartílago tarso. La reunión debe hacerse con alfileres de insectos y por sutura ensortijada.

Del tercero al sexto día, podrá el cirujano quitar los alfileres, después de lo cual escindirá todavía un pequeño colgajo de conjuntiva, tanto para que queden cruentas todas las superficies, facilitando de este modo la reunión, como para no dejar nada que exceda al nivel común de los tegumentos.

Sin duda que este procedimiento es muy ingenioso; pero la conjuntiva comprendida entre los labios de la incisión nunca puede adherirse á ellos, por lo cual pierde este procedimiento su eficacia.