

tegumentos comprendidos por estas incisiones, y se reúne la herida exterior por sutura ensortijada (fig. 397).

Si necesario fuese, estos procedimientos podrían aplicarse al párpado superior; Walther escindió una porción de los dos párpados á la vez y dió á esta modificación el ambicioso nombre de *tarsorrhafia*.

4.º *Escisión de los dos bordes palpebrales. Procedimiento de Walther.*—Este cirujano tuvo ocasión de tratar á un sujeto que tenía en la región temporal izquierda una cicatriz con pérdida de sustancia que atraía hacia afuera la comisura palpebral, imprimiéndola una forma redondeada é irregular; los párpados estaban vueltos hacia afuera y la conjuntiva inflamada. El tratamiento empleado consistió en comprender la cicatriz entre dos incisiones reunidas en la sien y que abrazaran además el tercio extremo del cartilago tarso de cada párpado. Dos puntos de sutura reunieron la herida, y el ectropion doble quedó completamente curado.

SUTURA DE LOS PÁRPADOS.—Mirault (d'Angers) parece que fué el primero á quien se le ocurrió la ingeniosa idea de mantener los párpados distendidos todo el tiempo necesario para alcanzar una cicatriz suficientemente extensa.

Procedimiento de Mirault (d'Angers).—La primera vez que este eminente cirujano hizo aplicación de su procedimiento, tratábase de un ectropion doble consecutivo ó una quemadura; el párpado superior se confundía con la ceja, el inferior con la mejilla. Procedió del modo siguiente: empezó por escindir los dos rodetes de la conjuntiva; practicó después dos incisiones curvas con objeto de separar los párpados de la ceja y de la mejilla respectivamente, y luego, destruyendo sus adherencias, los colocó en su posición normal y reunió entre sí sus bordes respectivos por dos puntos de sutura ensortijada que pusieron en inmediato contacto las superficies escindidas de la conjuntiva. Uno de los alfileres cayó al tercer día, el otro fué quitado al quinto; los dos párpados estaban ya unidos casi en toda su extensión. Así quedaron durante un año, pasado el cual Mirault cortó las adherencias. El párpado superior había recobrado su forma y dimensiones normales; el inferior quedó algo caído y separado, lo cual no impedía que llegase á ponerse en contacto con el otro. Ocho años después de la operación este estado no había sufrido el menor cambio.

Mirault trató del mismo modo un ectropion por quemadura del párpado inferior, con la única diferencia de que, en este caso, unió los párpados por su cara cutánea. El resultado fué casi tan completo como el caso anterior.

Maisonneuve modificó este procedimiento refrescando el borde libre de los dos párpados, y Huguier ha recomendado tomar la precaución de conservar en este refrescamiento las pestañas y el cartilago tarso.

El mayor inconveniente de este procedimiento es lo mucho que debe tardarse en destruir la unión de los párpados, puesto que Mirault esperó en su primer operado un año y en el segundo trece meses, siendo así que en este último aún se reprodujo en parte el ectropión. Se podrá evitar la causa de la recidiva aguardando que la cicatriz haya perdido su natural tendencia á la retracción. Un año y más aún será necesario siempre que la pérdida de sustancia sea algo considerable. Sin embargo, será prudente no hacer aplicación de este procedimiento cuando se trate de cicatrices muy extensas y sobre todo muy profundas; en este caso, la sutura de los párpados deberá practicarse únicamente como auxiliar de otras operaciones, que en su mayoría, como acabamos de ver, serán verdaderas autoplastias, y en este caso la liberación de los párpados puede efectuarse más pronto.

VI.—Blefaroplastia

Muchos de los procedimientos que acabamos de describir, destinados á remediar los inconvenientes que resultan de un ectropion,

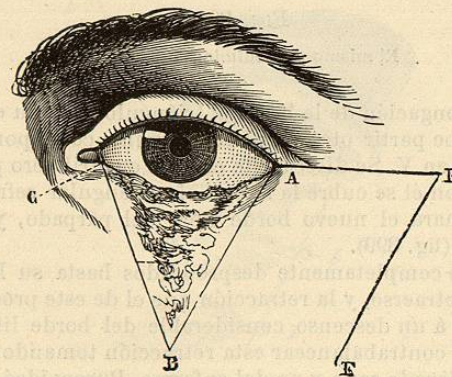


FIG. 398

Procedimiento de Dieffenbach

son verdaderas blefaroplastias por deslizamiento. Falta que estudiemos algunos procedimientos aplicables á la reparación de la

pérdida de sustancia, y que no pertenecen en rigor á la terapéutica del ectropion. El número de estos procedimientos puede ser muy considerable, porque se modifican en las infinitas variedades de pérdida de sustancia que se trata de llenar; describiré, por consiguiente, los principales, que podrán servir de tipo para las blefaroplastias por inclinación, rotación ó permuta.

BLEFAROPLASTIA POR INCLINACIÓN DEL COLGAJO. *Procedimiento de Dieffenbach.*—Se circunscribe la cicatriz ó el tejido que se ha de extirpar (fig. 398, ABC) por una incisión en V, cuya base corresponde al borde libre del párpado. Se practica luego una incisión

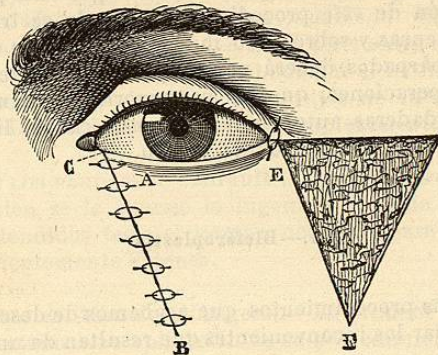


FIG. 399

El mismo procedimiento (reunión)

AE en la prolongación de la base del triángulo, y de su extremidad externa E debe partir otra paralela á la rama correspondiente AB de la incisión en V. Se disecciona este colgajo cuadrilátero por su cara profunda, y con él se cubre la superficie triangular refrescada. El borde AE formará el nuevo borde libre del párpado, y el AB se reunirá al CB (fig. 399).

Los colgajos completamente desprendidos hasta su base tienen tendencia á retraerse, y la retracción que el de este procedimiento sufre, expone á un descenso considerable del borde libre restaurado. A fin de contrabalancear esta retracción tomando un colgajo al nivel del párpado sano y no del enfermo, Burrow ideó el siguiente procedimiento.

Procedimiento de Burrow.—Lo mismo que en el procedimiento de Dieffenbach, se practica la incisión en V y la horizontal externa AD paralelas al borde del párpado; se disecciona el colgajo triangular

DAC (fig. 400) y después se circunscribe por medio de las incisiones EDA un colgajo cutáneo triangular que se extirpa. Hecho esto,

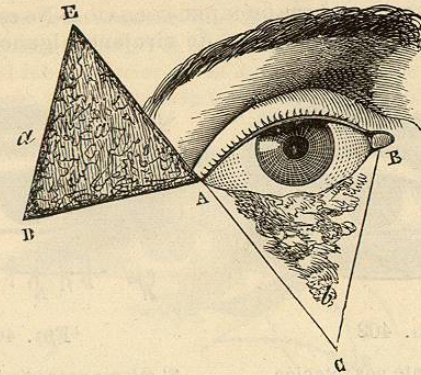


FIG. 400

Procedimiento de Burrow

se disecciona la piel de la sien en la parte correspondiente á la línea Ead á fin de movilizarla; se aproxima el borde Ead al EA, y el

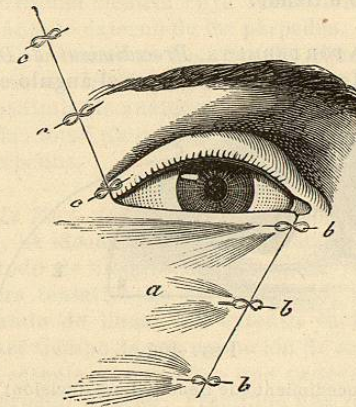


FIG. 401

El mismo procedimiento (reunión)

ángulo D viene á coincidir con el ángulo A; y se procura su reunión por medio de las suturas ccc (fig. 401). El borde DA, base del

triángulo DEA, viene á formar el borde libre del nuevo párpado, y el borde AC se reúne por las suturas *bbb* al otro borde BC.

BLEFAROPLASTIA POR ROTACIÓN DEL COLGAJO.—No es posible unir á este procedimiento el nombre de cirujano alguno, porque ha

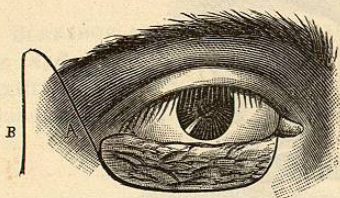


FIG. 402

Procedimiento por rotación

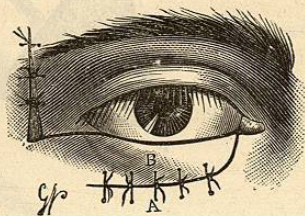


FIG. 403

El mismo procedimiento (reunión)

sido puesto en práctica de muchas maneras por los distintos operadores. Consiste en tomar de las regiones inmediatas: sien, frente ó pómulo (fig. 402, 403), un colgajo que debe sufrir un movimiento de rotación sobre su base para colocarse en la pérdida de sustancia que está destinado á llenar.

BLEFAROPLASTIA POR PERMUTA. *Procedimiento de Denonvillers*.—En un caso en el cual se trataba de elevar el ángulo externo del ojo y

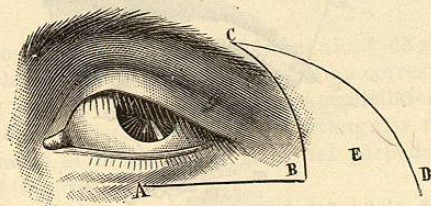


FIG. 404

Procedimiento de Denonvillers (incisión)

la ceja correspondiente, que habían sido atraídos hacia abajo por una cicatriz, Denonvillers recurrió al procedimiento siguiente: circunscribió entre las tres incisiones AB—BC—CD, dos colgajos ABC—CBED (fig. 404), que fueron disecados por su cara profunda á fin de movilizarlos. Después de esto, levantó el colgajo ABC, que

comprendía la comisura externa de los párpados y la cola de la ceja, y dirigió hacia abajo el colgajo E, que se movía sobre su base DB'. Suturó el vértice C' de éste en A, con lo cual resultó que cubría la superficie cruenta que había dejado al descubierto la ascensión del otro colgajo; el borde C'D se unía al borde palpebral AB; el C'B' al labio inferior de la incisión de la mejilla AB; el CB se unía al borde temporal de la incisión CD (fig. 405), pero dejando

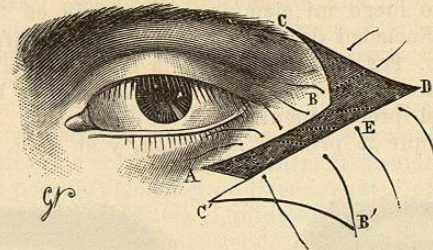


FIG. 405

Procedimiento de Denonvillers (reunión)

en este punto un pequeño espacio triangular no cubierto, que fácilmente lo cerró una cicatriz cuya retracción aun podía contribuir á elevar el ángulo externo de los párpados.

Gayet (de Lión) presentó no hace mucho tiempo en la Sociedad de Cirugía (Marzo de 1876) un caso en el cual había puesto en práctica un procedimiento análogo, para colocar en su sitio normal la ceja deprimida; tomó un colgajo frontal que sirvió para reconstituir los dos párpados.

Método de L. Le Fort. Ingerito autoplástico.—Como indiqué ya en la pág. 185, t. I, he ideado y puesto en práctica antes que nadie, en 1870, un método de ingerto dérmico para reconstituir el párpado. Mi primera tentativa no dió resultado; pero en 1872 lo he alcanzado tratando de llenar un extenso vacío que había quedado en el primer tiempo de una operación de ectropion. Tratóbase de un sujeto de sesenta y tres años que padecía un considerable ectropion del párpado inferior. Practiqué una incisión paralela al borde libre cerca del adherente, é hice caer sobre sus dos extremos dos incisiones verticales. Desprendí por su cara profunda el colgajo cuadrilátero resultante, con lo cual pude elevar el párpado colocándolo en su situación normal; pero quedaba en su base una extensa pérdida de sustancia, que era preciso llenar (fig. 406, 407). Tomé del brazo un colgajo de piel, que desprendí en la extensión

conveniente, aplicándolo repetidas veces en el espacio que debía ocupar, para que correspondiera bien con sus dimensiones. Después de haberle dado la forma que era necesario, lo sujeté en su sitio por una simple compresión hecha con una pequeña torta de hilas y una venda de franela. El éxito fué completo, y cuando un mes después presentaba yo el enfermo á la Academia de Medicina, sólo por su color ligeramente oscuro se podía distinguir el colgajo de la piel que lo rodeaba.

Sichel imitó luego mi ejemplo presentando en 31 de Marzo de 1874 á la Sociedad de Cirugía dos enfermos curados por mi procedimiento. Por ignorancia ó mala fe los cirujanos ingleses, alemanes y americanos han atribuído á Wolf y le han dado su nombre el procedimiento que me pertenece. En 1870 fué cuando practiqué la primera operación, y en 1872, la segunda,

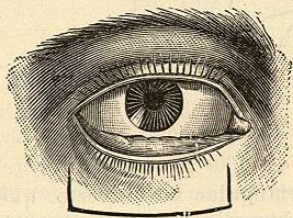


FIG. 406

Ingerito autoplástico (incisión)

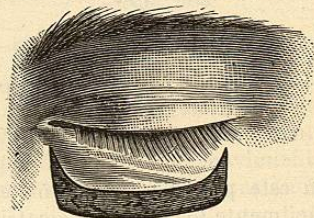


FIG. 407

El mismo procedimiento (2.º tiempo)

seguida de un éxito completo. El enfermo fué presentado á la Academia en aquel mismo año. Comunicué mi primera observación á la Sociedad de Cirugía en 31 de Enero de 1872, poniéndose á discusión allí inmediatamente. Es, pues, muy raro que Wolf, que no hizo ni publicó su observación hasta tres años después de mi primer éxito y cinco después de mi primera observación, sea considerado como inventor del método.

En un notable trabajo publicado por la Sociedad de Cirugía en 1881 (pág. 655), Monod ha reunido cuarenta operaciones, de las cuales resultan veinticuatro de feliz resultado, trece de éxito desgraciado y tres de resultado desconocido. Examinemos las enseñanzas que de ello resultan.

El colgajo debe tomarse en un punto en que la piel es muy delgada y está desprovista de pelos; la cara interna del brazo y la lateral del antebrazo son los puntos más convenientes. La piel del lórax sería demasiado gruesa.

Debe cortarse el colgajo muy ancho, porque su retracción es

siempre notable cuando ha sido desprendido por completo. Debe comprenderse cuidadosamente su cara profunda para quitar todo el tejido celular. No está todavía bien determinado si vale más emplear un solo colgajo ó dividirlo en dos ó tres pequeños.

Yo empleé un colgajo único, Sichel dividió los suyos. La división del colgajo puede ocasionar únicamente un mal éxito parcial, mientras que en el de colgajo único éste sería completo. No obstante, este hecho no está probado, porque en una operación reciente he visto esfacerarse únicamente una parte del colgajo. Como hace notar Monod, la división compromete la vitalidad del colgajo por hacerle sufrir un nuevo traumatismo. Por otra parte, la adhesión se efectúa por la cara profunda del colgajo.

Las suturas son más perjudiciales que útiles. La mejor curación consiste en una laminilla de tripa de buey engomada, encima de la cual se aplica una compresa embadurnada de alguna sustancia grasienta, un poco de algodón y un ligero vendaje compresivo. El algodón puede renovarse hacia el quinto día, pero la tripa de buey no puede quitarse hasta después del décimoquinto.

El ingerto tiene tendencia á atrofiarse, pero esta atrofia no alcanza hasta su desaparición.

VII.— Simbléfaron, Anquilobléfaron

La unión de los párpados entre sí, sea congénita ó adquirida, se trata según las reglas expuestas para las obliteraciones anormales. Si la unión es completa, se empieza por practicar hacia el ángulo externo una pequeña abertura por la cual se introduce una sonda acanalada, y sobre ésta se desliza el bisturí obrando de dentro á fuera; si es incompleta, se introduce la sonda sin necesidad de incisión previa.

Pero las dificultades crecen de punto cuando el párpado está adherido al globo del ojo. El procedimiento autoplástico de Dieffenbach no es aplicable á este caso; quedarían los de Serres, Boyer ó el de Rudtorffer. A éstos podemos añadir un procedimiento de Duddell, que consiste en dividir la obliteración por medio de una ligadura metálica; sin embargo, sus resultados nada aventajan á los obtenidos por los demás.

Sælberg Wells afirma haber visto buenos resultados del procedimiento siguiente, que pertenece á Teale. Se empieza practicando una incisión en el párpado adherente al nivel de la circunferencia de la córnea (A, fig. 408) y se disecan todas las adherencias. Hecho esto, se cortan dos colgajos de la conjuntiva, uno interno (B) y otro externo (C) (fig. 408). Se hacen girar estos dos colgajos sobre

su base para colocar el B en la parte inferior del globo y el C cerca de la córnea (fig. 409). Se fijan por puntos de sutura estos colgajos, y del mismo modo se reúnen los bordes de la conjuntiva en la parte de donde se sacaron aquéllos, con lo cual resultan dos cicatrices lineales (D y B). Cree Teale que la porción del párpado que queda en la córnea se atrofiará.

Los procedimientos de Arlt, Knapp y Alt (de Nueva York) los ha modificado del modo siguiente. Traza dos incisiones sobre la adherencia que van del borde de la córnea al párpado.

Constituye así un colgajo medio que se disecciona desde la córnea hasta el párpado á que va adherido. A partir de las incisiones

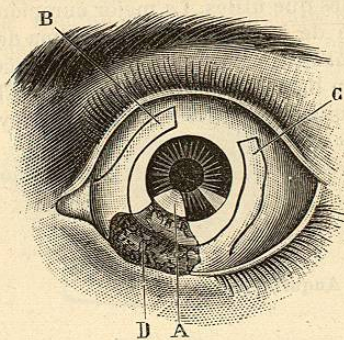


FIG. 408

Procedimiento de Teale (incisiones)

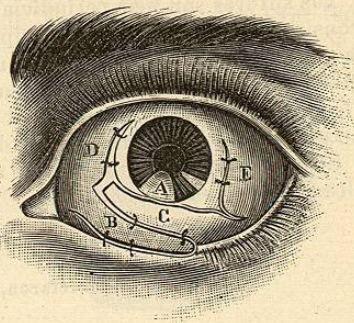


FIG. 409

Procedimiento de Teale (reunión)

keratopalpebrales se hacen otras dos horizontales, las unas cerca de la córnea y las otras cerca del párpado deslindando así dos colgajos laterales. Estos colgajos se aproximan y reúnen hundiéndolos profundamente en el fondo de saco palpebral. El colgajo medio se atrae y aplica contra la cara posterior del párpado oponiendo así mucosa contra mucosa. Wolf y Wecker han ensayado la heteroplastia sobre la conjuntiva.

Para evitar la reproducción de las adherencias, cuando no se ha hecho más que una simple incisión de las mismas, se ha aconsejado ordenar al enfermo que lleve delante del ojo sano una cáscara de ojo artificial. He visto emplear este medio sin resultado á Laugier, pues que á pesar del cuerpo extraño, la adherencia se reprodujo poco á poco sobresaliendo el fondo de saco al borde libre rechazando la pieza artificial.

VIII.—Cáncer de los párpados

Para este caso, el único medio que se emplea es la escisión con las tijeras ó el bisturí. Unas veces bastará circunscribir el tumor con una incisión en V reuniendo sus bordes por sutura ensortijada; y otras, particularmente si la lesión se ha extendido en sentido horizontal, se escindirá el borde del párpado en forma semilunar. Laugier y más tarde Gerdy han demostrado que la casi completa escisión de los dos párpados no acarrea la pérdida del ojo; puesto que los tegumentos y la mucosa crecen bastante para ocultarlo bajo sus pliegues, impidiendo así la acción maléfica del aire. Después de estas escisiones podrá recurrirse á los diversos procedimientos de blefaroplastia.

ARTÍCULO III

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LOS MÚSCULOS DEL OJO

Stromeyer propuso antes que nadie y en 1838 la sección de ciertos músculos del ojo para evitar el estrabismo; algunos años más tarde Bonnet (de Lión) aplicaba este método á la terapéutica de la miopía. Todos los músculos del ojo han sido sucesivamente designados para esta operación; al principio se dividía uno solo; después se extendió la operación á dos ó tres simultáneamente, y Baudens ha llegado á cortar cuatro y hasta cinco músculos. Tal abuso debió provocar bien pronto una saludable reacción: la sección del recto externo, indicada en los casos de estrabismo divergente, se practica muy raras veces; la de los músculos recto superior y recto inferior es más rara aún; pero, aun cuando se quiera llevar á cabo, se practica siguiendo las mismas reglas que para la del recto interno. Nos limitaremos á describir en particular dos secciones musculares: la del recto interno y la del oblicuo menor.

I.—Sección del músculo recto interno

Anatomía quirúrgica.—Este músculo costea la cara interna del globo del ojo, y se inserta en la esclerótica á 5 ó 6 milímetros de la