

tra la parte anterior del hueso maxilar, con lo cual, si el músculo no fué dividido, resultará colocado entre el hueso y el filo del instrumento, y retirando éste, indispensablemente será completa su sección.

En el momento de operar la sección, se pone tumefacto el párpado inferior á consecuencia de la sangre extravasada; pero esta tumefacción, que no ocasiona dolor alguno, en ningún caso se sostiene más de veinticuatro á cuarenta y ocho horas; pasado este tiempo, se resuelve por completo para no dejar más que un simple equímosis cuyas huellas desaparecen, por lo común, del décimoquinto al vigésimo día. No se produce consecutivamente ni inflamación ni supuración.

ARTÍCULO IV

DE LAS OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LA SUPERFICIE DEL GLOBO OCULAR

Comprenderé con este título las operaciones que se practican en la conjuntiva y en la córnea.

I.—Del pterigion

Contra esta enfermedad se han aconsejado la incisión, la ligadura, la escisión y la trasplatación. Reconocido insuficiente el primer procedimiento, me ocuparé sólo de los tres restantes.

1.º *Escisión*.—Se coge el pterigion con unas pinzas de diente de ratón á 3 ó 4 milímetros de su punta, se tira de él como si se tratara de desprenderlo, y en seguida se escinde y disea desde la punta á la base ó viceversa, sirviéndose de un bisturí ó tijeras curvas por su plano. Sería aún más sencillo levantarlo con una erina y escindirlo de un solo tijeretazo.

Después de haber escindido el pterigion es preciso, para evitar la recidiva, reunir por sutura los bordes de la incisión conjuntival.

2.º *Trasplatación. Procedimiento de Desmarres*.—Se empieza por coger y disea el pterigion desde la punta á la base, desde A hasta BC (fig. 411, 412) como en el procedimiento anterior. Se practica luego en el borde inferior de la herida conjuntival una incisión curva paralela á la circunferencia de la córnea, á 4 milímetros de

ésta, y de 6 á 8 milímetros de longitud. Si se considera necesario, se escinde un pequeño colgajo de conjuntiva, á fin de que la herida sea suficientemente ancha para poder alojar en ella el vértice del pterigion (C), al cual se fijará por algunos puntos de sutura. Después de esto, se reunen también por sutura los labios de la herida conjuntival (AD, fig. 413) que resultan de la disección del pterigion.

Knapp ha modificado el procedimiento de Desmarres, dividiendo el pterigion en dos mitades en sentido de su longitud y colocando

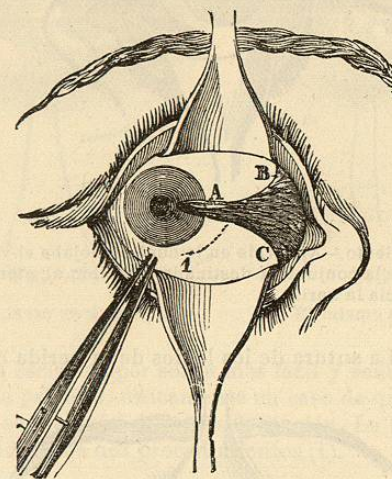


FIG. 411

Procedimiento de Desmarres.—A, vértice del pterigion; B, ala superior del pterigion; C, ala inferior; I, línea de puntos que indica la forma y longitud de la incisión que se debe practicar en la conjuntiva para fijar en ella el pterigion después de diseado.

los dos colgajos en dos incisiones practicadas en la conjuntiva, una por encima y otra por debajo de la córnea.

3.º *Ligadura*.—Szokalski practica la ligadura de la manera siguiente: con dos agujas enhebradas en el extremo de un mismo hilo que forma en sus dos extremos dos asas prolongadas, atraviesa el pterigion cerca de su base por un lado y del vértice por el otro (fig. 414). Seccionada el asa al nivel del ojo de las agujas y quitadas éstas, resultan dos asas de hilo en cada extremo y una en la parte media; asa que bastará cerrar para que quede estrangulado

el pterigion en toda su extensión (fig. 415) y en su consecuencia sea eliminado.

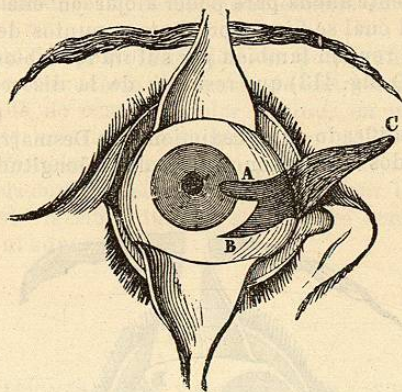


FIG. 412

El mismo procedimiento.—A, herida en la cual se alojaba el vértice del pterigion; B, herida de la conjuntiva destinada á recibir al pterigion; C, pterigion invertido hacia la nariz.

Apreciación.—La sutura de los labios de la herida conjuntival la

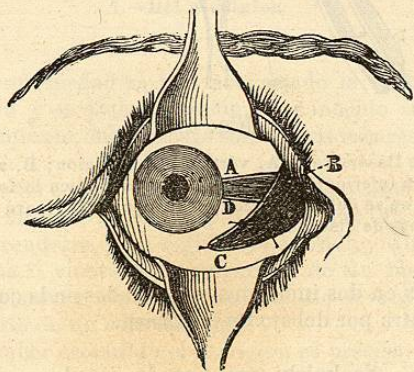


FIG. 413

El mismo procedimiento.—A, conjuntiva; B, base del pterigion invertido; C, vértice del pterigion fijado en el ángulo de la incisión de la conjuntiva; D, conjuntiva.

pone en condiciones más favorables para la curación. Hace posible

y hasta probable la curación después de la escisión simple, y aunque Desmarres le niega toda utilidad, es indudable que el éxito de su operación es mucho más seguro si se reunen por sutura los bordes de la incisión conjuntival que resultan de la disección del

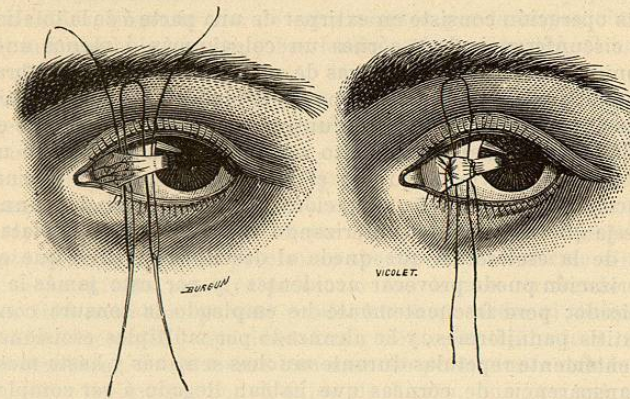


FIG. 414

Procedimiento de Szokalski

FIG. 415

El mismo procedimiento

pterigion. La escisión, por ser la más fácil y sencilla, debe ser la que se intente primero, únicamente en caso de que no diera resultado alguno, se recurrirá á la trasplantación. La ligadura me parece inferior á los otros dos procedimientos (1).

(1) La regla de conducta trazada por Le Fort será sin duda la más conveniente en los casos comunes de pterigion; pero esta enfermedad se presenta á veces en tales condiciones de extensión y distribución, que hacen impropia la escisión, porque las extensas cicatrices resultantes sujetarian el globo ocular, y por otra parte impiden la sutura conjuntival, porque á veces apenas conjuntiva sana queda.

Un caso de esta naturaleza inspiró al doctor Creus un procedimiento operatorio, que le ha dado brillantes resultados cuantas veces lo ha puesto en práctica.

En el primer caso operado, tratábase de un pterigion doble, y el autor describe la operación en los siguientes términos (*Siglo Médico*, t. XVII, p. 212, 1870): «Colocado el enfermo en decúbito dorsal sobre la mesa de operaciones, dos ayudantes separaban los párpados con los elevadores de Pellier. Con una pinza denticulada agarré el vértice del pterigion externo, lo disequé hasta 3 milímetros más allá de la circunferencia de la córnea y repetí la misma maniobra en el interno. Se restaña la sangre con irrigaciones frías, y redoblando la punta de la producción morbosa—ancha ya por su separación de la córnea—de modo que se tocasen sus dos caras salientes, hice literalmente un dobladillo, que fué cosido con una aguja fina enhebrada con seda también muy delgada, como si hubiese sido una tela cualquiera, dando cuatro puntos pasa-

II.— De la tonsura de la conjuntiva

Esta operación consiste en extirpar de una parte ó de la totalidad de la circunferencia de la córnea un colgajo más ó menos ancho de conjuntiva. Con unas pinzas de garfio se coge esta membrana comprendiendo al mismo tiempo el tejido celular episclerótico. Con las tijeras se incide la conjuntiva; se pasa por debajo de ella una de las ramas del instrumento y se incide un colgajo de mucosa para escindirlo luego con el mismo instrumento. Furnari, que aconsejó esta pequeña operación en el tratamiento del pannus, aconseja que se termine cauterizando con el nitrato de plata la parte de la esclerótica que queda al deseubierto. Creo que esta cauterización puede provocar accidentes, y por esto jamás la he practicado; pero frecuentemente he empleado la tonsura contra queratitis panniformes, y he alcanzado por múltiples escisiones y frecuentemente repetidas durante muchas semanas y hasta meses, la transparencia de córneas que habían llegado á ser completamente impermeables á los rayos luminosos por efecto de un desarrollo vascular exagerado, y de este modo han recobrado la facultad visual enfermos que al principio del tratamiento eran completamente ciegos. En ningún caso he visto que esta pequeña operación provocase el menor accidente.

III.— De los cuerpos extraños en la córnea

Consisten, por lo común, en pequeñas partículas de hierro, acero, piedra, etc., que se detienen en la conjuntiva ó se incrustan en la cara anterior de la córnea, en donde se las ve á manera de punto, puesto que raras veces su volumen es suficiente para prestar asidero á las pinzas.

Fabricio de Hilden dice que el imán es suficiente para atraer

dos con un nudo al empezar y otro al concluir. Pronto empezó la cicatrización de la superficie de la córnea y no tardaron más en disminuir y luego desaparecer el grosor y la vascularidad del pterigion, ni la prominencia del dobladillo practicado.

El doctor Creus funda las ventajas de su proceder en la opinión de Arlt de que el punto de partida del pterigion es una úlcera del borde de la córnea, doctrina que no satisface, porque en muchos casos no es posible admitir semejante patogenia. Sea como quiera, la clínica más se satisface de los resultados que de las explicaciones, y por tanto el procedimiento del doctor Creus merece ser de todos conocido y con fe aplicado.

las partículas de hierro; pero este medio no da resultado, por hallarse los cuerpos extraños enclavados.

El medio más seguro consiste en proceder desde luego á la extracción mecánica. Con este objeto se ha aconsejado valerse de un anillo pulimentado, la cabeza de un alfiler, un rollo de papel, ó un limpio óido, pasando uno de estos objetos por la superficie de la conjuntiva ó de la córnea, y barriendo, por decirlo así, el cuerpo extraño.

Por lo común, el cuerpo extraño es un fragmento casi imperceptible de hierro ó acero que, lanzado con fuerza, se incrusta en las capas superficiales de la córnea, y no sería posible desprenderlo intentándolo, como se ha aconsejado, con una pluma cortada en forma de mondadientes. Se necesita un instrumento más resistente, y para ello ninguno mejor que la aguja de catarata ó la punta de un bisturí. Es preciso no abandonar al enfermo sin que el cuerpo extraño, de cuya presencia nos hemos cerciorado bien, haya sido extraído; porque produciría á no tardar el reblandecimiento, ulceración y opacidad consiguiente del tejido de la córnea á su alrededor, ó á lo menos una mancha permanente debida á un verdadero teñimiento por el óxido de hierro, que con extraordinaria rapidez se forma alrededor de ese metal. Es preciso tener siempre presente este hecho de la oxidación, para no cometer el error de tomar una mancha de orín por el cuerpo extraño, que el cirujano se obstinaría en extraer, tal vez cuando lo ha sido ya anteriormente ó se ha desprendido por sí mismo.

Cuando un cuerpo extraño está oculto debajo del párpado superior, si la frotación simple no es suficiente para dirigirlo hacia el ángulo mayor, es un medio bastante bueno coger las pestañas del párpado y atraerlas hacia adelante y abajo; procedimiento que al mismo tiempo permite ver, mirando por debajo del párpado, el sitio en que se encuentra el cuerpo extraño. Si, á pesar de todo, nada se puede lograr, se invierte el párpado hacia afuera, y con un estilete abotonado será muy fácil extraerlo.

IV.— De la abrasión de la córnea

Esta operación, de la cual habla ya Saint-Ives, ha sido practicada por diversos oculistas y rehabilitada por Malgaigne en 1843. Tiene por objeto separar con el bisturí manchas de la córnea rebeldes á todos los demás tratamientos, pero de las que no interesan todo el espesor de la membrana; tiene especial aplicación en las manchas centrales.

Según refiere Sprengel, Taylor levantaba la mancha por medio

de un hilo pasado por la base de ésta para facilitar la escisión. Tal proceder únicamente podría dar algún resultado en manchas ligeras, y en este caso toda precaución sería inútil. Véase cómo procede Malgaigne.

Procedimiento de Malgaigne.—Echado el enfermo en decúbito supino, con el párpado superior levantado por un elevador de Pellier y el inferior deprimido por los dedos del cirujano, mientras que un ayudante fija el ojo con unas pinzas ó una erina implantada en la conjuntiva, se describe en la córnea, con un tenotomo ó cuchillo de catarata, una incisión circular que comprende todo lo posible la mancha que se trata de separar. Entonces, abandonando el párpado inferior á un ayudante, se coge con unas pinzas muy finas de diente de ratón el colgajo de este modo circunscrito, y se procura disecarlo de arriba abajo como si se tratase de un colgajo cutáneo.

A veces el colgajo se desprende del resto de la córnea por la simple tracción, auxiliada de la presión con el dorso del cuchillo; otras veces la mancha está fuertemente adherida á las capas subyacentes, y en este caso la disección es muy difícil; por último, puede suceder que la mancha esté reblandecida en el centro, y entonces es imposible la disección y es necesario raspar el punto reblandecido con el filo del cuchillo, á no ser que el espesor de la córnea permitiese deslizar de plano la hoja del instrumento por debajo de la mancha para dividirla formando un colgajo de dentro á fuera.

Esta operación es más delicada que grave, y á veces llega á ser verdaderamente laboriosa; la superficie dividida de la córnea apenas deja escapar más que una ligera exudación sanguínea, que aun puede faltar del todo, y las consecuencias son generalmente benignas. Los resultados definitivos son variables; no obstante, hasta ahora no se ha citado ejemplo alguno de que el enfermo haya empeorado por efecto de la operación. Szokalski comunicó en 1853 á la Sociedad de Cirugía los resultados de 32 abrasiones practicadas en veinte sujetos, y de las cuales resultaron 15 curados y 8 paliados.

Para los casos en que la córnea está enteramente opaca, se ha propuesto sustituirla por la de un animal viviente, y también se ha tratado de practicar una perforación en la esclerótica, que permita el paso de los rayos luminosos. Tales medios han sido ensayados en el hombre, y bastará decir de ellos que en ningún caso han procurado el menor beneficio.

V.— De la punción de la córnea

Se practica esta operación con la aguja ó el cuchillo de catarata, y también con la aguja de paracentesis (fig. 416).

Se ha aconsejado esta operación en los casos de hipopion, inflamación del ojo, hidroftalmía, estafiloma de la córnea, etc.

En el hipopion se pretendía abrir una vía de salida al producto derramado; pero este producto está tan adherido, que rarísima vez se alcanza el objeto deseado. Por esto hoy día algunos oculistas se proponen únicamente evacuar el humor acuoso, lo cual afirman que activa la absorción del producto derramado.

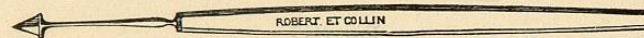


FIG. 416

Aguja de paracentesis

En la oftalmía, se trata de disminuir, por medio de la evacuación del humor acuoso, la tensión inflamatoria del ojo; en la hidroftalmía y en el estafiloma de la córnea, se propone únicamente el cirujano disminuir la masa de líquidos.

La punción está igualmente indicada en los casos de úlcera profunda de la córnea, cuando se teme que sobrevenga una perforación; en este caso, podremos detener los progresos de la úlcera practicando con una aguja muy fina una perforación en su centro.

VI.— De la punción de la esclerótica

En el glaucoma agudo, afección caracterizada por la excesiva tensión del globo ocular, los violentos dolores periorbitarios, la oscuridad de la visión, la sensibilidad de la córnea, la excavación de la papila óptica, etc., la lesión principal, la causa de los accidentes es, á mi entender, como dije en la Sociedad de Cirugía (1864) y en el congreso de Burdeos (1872), la producción de un derrame seroso entre la esclerótica y la coroides. La punción de la esclerótica, permitiendo la evacuación del líquido, me ha proporcionado en tres casos de esta afección, por lo demás bastante rara, tres curaciones de las más notables; puesto que la visión, casi enteramente perdida en dos de los casos y muy escasa en el otro, se res-

tableció en dos días en toda su integridad. Esta pequeña operación es de las más sencillas: para practicarla, basta una pequeña aguja de catarata un poco ancha. Es preciso evitar la herida de las arterias ciliares largas, como igualmente la de los músculos rectos, á cuyo fin practico la punción por encima del borde superior del recto externo y á cosa de 1 centímetro del borde de la córnea. Se introduce la aguja suavemente, llevando alguna oblicuidad de delante atrás, á fin de no herir la coroides y con el corte en dirección horizontal. Desde el momento que la sensación de una resistencia vencida indica que se ha atravesado todo el espesor de

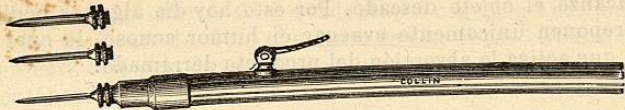


FIG. 417

Aguja de bomba de Le Fort

la esclerótica, se da á la aguja media vuelta, de manera que su filo quede en dirección vertical. Con esto se separan los bordes de la herida esclerótica, y en los dos casos citados, he visto en este momento derramarse un líquido seroso transparente que levantaba á este nivel la conjuntiva. Gran parte de este líquido se derrama cuando se retira la aguja, y el que puede haber quedado debajo de la conjuntiva desaparece á no tardar por absorción.

Para facilitar la evacuación del líquido, había hecho construir una aguja hueca que se comunicaba con un cuerpo de bomba de cristal, cuyo pistón era movido por una especie de pedal (fig. 417) y un resorte; pero el atravesar la esclerótica con una aguja algo gruesa es siempre muy difícil, por lo cual he renunciado al empleo de semejante aparato para volver á la aguja de catarata ordinaria.

Mi teoría no ha sido aceptada por los oftalmólogos; pero por encima de ella están los hechos y las curaciones obtenidas, admirables por su instantaneidad, que si no justifican en su fondo la teoría, prueban á lo menos la eficacia del tratamiento. La esclerotomy que emplean hoy con gusto los oculistas siguiendo otras teorías, no es otra cosa que la más limitada esclerotomy que yo ideé y practiqué en 1872.

ARTÍCULO V

DE LA CATARATA

Se distinguen numerosas variedades de catarata, que se reducen á dos especies principales: *catarata del cristalino* y *catarata capsular*. Empezaré por tratar separadamente de cada una de estas especies; pero después será útil decir algo de la *catarata secundaria* y de la *catarata congénita*.

I.—Catarata del cristalino

Es la que se ve más comunmente, y se presenta bajo dos formas principales: *catarata dura* y *catarata blanda*. Los procedimientos destinados á destruirlas se refieren á dos grandes métodos, que se diferencian en dejar al cristalino en el ojo ó en extraerlo. Al primero pertenecen, como métodos secundarios, la *depresión*, la *trituration* y la *discisión de la cápsula*; y al segundo, la *extracción* propiamente dicha, la *evacuación* y la *aspiración*.

Pero antes de describir cada uno de estos métodos en particular, será útil que nos detengamos en algunos preliminares que convienen á todos ellos. Se refieren: 1.º á la posición del enfermo; 2.º á la del cirujano y de sus ayudantes; 3.º á las precauciones que es preciso tomar respecto del ojo.

1.º El enfermo puede estar sentado ó en decúbito dorsal; pero de todos modos el ojo debe recibir mucha luz, de manera que deberá procurarse que ni el cirujano ni los ayudantes le priven de ella y que ningún reflejo ni luz demasiado viva dificulte al operador la más limpia percepción de los objetos. Cuando el enfermo está echado, la cabeza encuentra en la almohada un punto de apoyo natural; pero, cuando está sentado, es preciso, á fin de evitar un movimiento inconsciente hacia atrás, que la cabeza se apoye contra el pecho de un ayudante ó contra el del operador. Algunos cirujanos sientan al enfermo en una silla baja y ellos se sientan en otra más alta, para no tener que levantar demasiado la mano; otros prefieren operar de pie, y en este caso hacen sentar al enfermo en una silla alta á fin de no tener que agacharse demasiado.

La elección entre estas diversas posiciones queda el arbitrio del operador según sea su costumbre; sin embargo, lo más general-