

permite su trasudación á través de la delgada capa formada por el músculo ciliar, llegando al exterior por la abertura practicada en la esclerótica. Entiendo, pues, que, en el tratamiento del glaucoma agudo, la parectesis de la esclerótica debe sustituir á la iridectomía.

ARTÍCULO VII

OPERACIONES QUE INTERESAN TODO EL GLOBO OCULAR

Estas operaciones consisten en resecciones de la córnea ó de la esclerótica, con evacuación total ó parcial de los humores del ojo, ó en la extirpación del ojo mismo; añadiré á esto pocas palabras sobre la colocación de un ojo artificial.

I.—De la resección de la córnea

Esta operación se practica en circunstancias diversas, como, por ejemplo, para evacuar el ojo en los casos de supuración profunda; pero más especialmente tiene aplicación en los casos de estafiloma opaco de la córnea. Empezaré por tratar de esta última afección.

El estafiloma de la córnea consiste en una alteración crónica con reblandecimiento de esta membrana, y consiguiente propulsión de la misma hacia el exterior por una superabundante secreción de humor acuoso. Cuando es pequeño é indolente, no se hace precisa la intervención quirúrgica; pero desde el momento que ha invadido toda la córnea y llega á formar prominencia á través de los párpados originando vivos dolores, es urgente intervenir.

Cirujanos hay que se limitan á practicar en esta membrana una incisión transversal: Nélaton, que adoptó este proceder, aseguraba que la curación se consigue así más pronto y que resulta un muñón más regular. Mackenzie afirma que la incisión es un simple paliativo, pero es muy probable que haya en esto una confusión. La incisión simple permitirá indudablemente la reproducción del humor acuoso; pero la incisión con la salida del cristalino y de una porción del humor vítreo, procurará un resultado casi igual al de la resección, con la única diferencia de que dejará subsistente, si bien que bastante disminuida, la prominencia del estafiloma.

La resección cuenta con un número más que regular de procedimientos. Celso aconseja que se extirpe únicamente el vértice del

estafiloma, de manera que la porción desprendida no exceda de las dimensiones de una lenteja; Scarpa separaba una porción de 8 á 9 milímetros; Carron del Villars separaba, en la dirección del eje vertical, un colgajo de figura y dimensiones análogas á las de una pepita de melón; otros han llegado á reseca la córnea casi en su totalidad, y otros en fin llegan á aplicar el cuchillo sobre la esclerótica.

El procedimiento operatorio es muy sencillo. Se coge el vértice del estafiloma con una erina, ó se le atraviesa con un hilo que sirve para atraerlo hacia el exterior; por detrás de la erina ó del hilo, se corta un colgajo de las dimensiones convenientes, valiéndose para

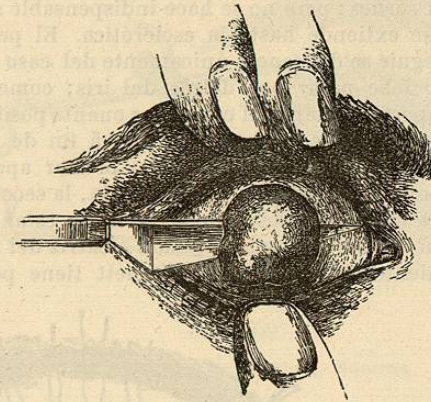


FIG. 457

Operación del estafiloma.—Incisión

ello del cuchillo de catarata ó del bisturí ordinario, pero se concluye la resección con las tijeras. Algunos cirujanos cortan el colgajo de la parte superior de la córnea, á su decir, con objeto de evitar la evacuación del humor vítreo; otros miran esta precaución como enteramente innecesaria.

Parece que algunos cirujanos creen que es suficiente la resección de la córnea y procuran conservar el cristalino y todo lo demás. Desde luego, en la mayoría de los casos, se hace difícil impedir la salida del cristalino, si no el mismo día, en otro más ó menos próximo; pero aparte de esto, está resueltamente indicada su expulsión juntamente con una parte del humor vítreo, á fin de reducir el ojo á un volumen que sea el más conveniente para la aplicación de un ojo artificial.

Respecto de las dimensiones y forma del colgajo que se trata de resecar, creo que no es posible establecer reglas generales, sino que el cirujano deberá deducirlas de la forma y dimensiones del estafiloma que va á operar.

En los casos de supuración profunda del ojo, Blandin aconsejaba practicar al mismo tiempo la escisión del iris; y en efecto, sucede con frecuencia que el iris, al inflamarse, estrecha ú ocluye la pupila, reteniendo así los humores ó el pus en el fondo del ojo. Pero la escisión del iris empieza por complicar el manual operatorio, y no siempre resuelve el inconveniente que se trata de evitar; por consiguiente prefiero recurrir á la resección de la esclerótica.

Esta operación se ha aconsejado muchas veces para sustituir á la resección de la córnea; pero no se hace indispensable sino cuando el estafiloma se extiende hasta la esclerótica. El procedimiento que se ha de seguir se diferencia únicamente del caso anterior en que el cuchillo debe pasar por detrás del iris; como medida de precaución importa bastante el conservar cuanto posible sea la inserción esclerótica de los músculos del ojo, á fin de que puedan actuar sobre el pequeño muñón que debe prestar apoyo y comunicar movimiento al ojo artificial. No obstante, la sección de aquéllos no significa la pérdida absoluta y cierta de estas cualidades, porque podrían igualmente adherirse á la cicatriz del muñón.

El procedimiento inventado por Critchett tiene por principal

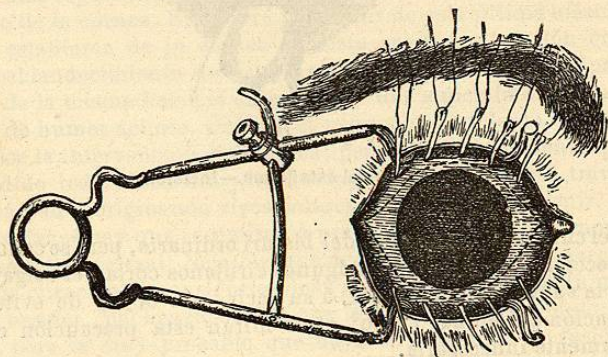


FIG. 458

Procedimiento de Critchett.—Colocación de las agujas

objeto impedir la salida del cristalino y del humor vítreo. Una vez separados los dos párpados con el oftalmostato, introduce en el segmento anterior cuatro ó cinco agujas curvas, cuya concavidad mira hacia adelante (fig. 458), y las cuales, por uno y otro extremo

salen un poco más allá del punto sobre el cual debe caer la incisión. Hecho esto, se practica con el cuchillo una pequeña punción en la esclerótica, y por ella se introduce una de las ramas de unas tijeras, con las cuales se secciona esta membrana siguiendo la línea marcada en la fig. 458. Sólo falta retirar las agujas, las cuales dejan en su lugar otros tantos hilos, que constituyen puntos de sutura que será preciso anudar (fig. 459). Von Græfe atraviesa de uno á otro lado el ojo, pasando por el cuerpo vítreo una aguja enhebrada, cuyo hilo se ata por delante del estafiloma, pero sin llegar á cerrarlo como un punto de sutura. Resulta de esto un sedal que tiene por objeto determinar la inflamación del globo del

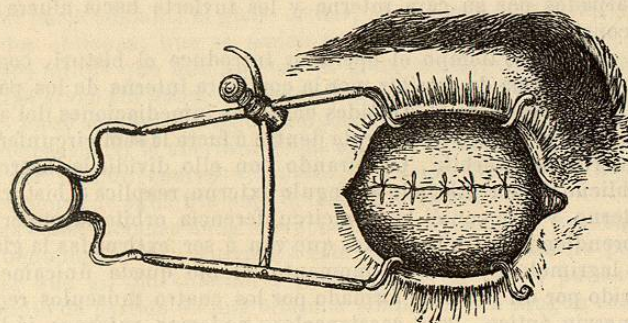


FIG. 459

Procedimientos de Critchett. Sutures

ojo y su atrofia consiguiente. Desde el momento que aparece la inflamación, se retira el sedal y se procura combatir la flogosis por medios simplemente tópicos. Este es un procedimiento detestable, puesto que bien se comprende que la inflamación supurativa del globo del ojo no siempre se limitará al grado que desea el cirujano, sino que, por el contrario, podrá determinar gravísimos accidentes, tales como un flemón de la órbita con todas sus consecuencias.

El procedimiento de Critchett tendrá ventajosa aplicación en los casos en que el cirujano tenga completa certeza de que no están afectadas ni la coroides, ni las partes profundas del ojo. Si, por el contrario, quedasen en el ojo partes alteradas, sería probable la aparición ulterior de una oftalmía simpática. Por lo demás, hoy día se aplica perfectamente en un muñón muy pequeño un ojo artificial, tanto que se le puede aplicar hasta en el que resulta de la extirpación completa del ojo; por esto es precisamente esta ope-

ración á la que yo recurro siempre que el estafiloma es consecutivo á una afección que probablemente habrá alcanzado las partes profundas del ojo.

II.—Extirpación del ojo

El cirujano sujeta el tumor con los dedos, ó mejor aún con las pinzas de Museux confiadas á un ayudante. Prolonga de un solo golpe de bisturí y en la extensión de unos 3 centímetros hacia la sien el ángulo palpebral externo; disecciona en seguida cada uno de los párpados por su cara interna y los invierte hacia afuera: en esto consiste el primer tiempo.

En el segundo tiempo el operador introduce el bisturí, cogido como una pluma de escribir, por la comisura interna de los párpados; penetra rasando el etmoides hasta las inmediaciones del agujero óptico, y le hace recorrer de dentro á fuera la semicircunferencia inferior de la órbita, procurando con ello dividir la inserción del oblicuo menor. Llegado al ángulo externo, reaplica el bisturí en el interno, y rasa con él la semicircunferencia orbitaria superior, comprendiendo entre las partes que van á ser extirpadas la glándula lagrimal. Desde este momento, el ojo queda únicamente adherido por un pedículo formado por los cuatro músculos rectos y el nervio óptico. Para seccionarlos, podemos valernos indistintamente del bisturí ó de las tijeras curvas por el plano.

Sea cual fuere el instrumento que se adopte, se ha aconsejado introducirlo en el fondo de la órbita siguiendo la pared interna, sin duda por temor de herir el etmoides; pero Desault prefería, y con razón, seguir la pared externa, porque es menos profunda, más oblicua y por todos conceptos más cómoda para el operador.

Dupuytren empezaba por desprender el ojo de la pared superior de la órbita, cortaba su pedículo, y haciendo caer el tumor sobre la mejilla, diseccionaba su porción inferior procediendo de dentro á fuera.

Siguiendo este procedimiento, se dividen las ramificaciones de las arterias oftálmica, lagrimal, etc., lo que ocasiona á veces hemorragia, aparte de que se sacrifican en grado considerable tanto los músculos como el tejido adiposo de la órbita.

Cuando el globo del ojo es el único órgano enfermo, debe ser el único extirpado, y para esto Bonnet (de Lyon) ha ideado un excelente procedimiento por el cual se separa el globo ocular de la cápsula fibrosa que lo encierra.

Procedimiento de Bonnet.—Ampliamente separados los párpados,

se practica una incisión circular en la conjuntiva á 2 milímetros de la córnea, deslizando por debajo de ella, por una abertura practicada como si se tratase del estrabismo, una de las ramas de las tijeras curvas; levantando después aquella membrana con una erina obtusa, se secciona el músculo recto interno con las mismas precauciones que en la operación del estrabismo; y luego, deslizando las tijeras á través de la herida é introduciéndolas entre la esclerótica de un lado y la cápsula fibrosa y músculos del otro, se dividen circularmente todos los músculos rectos cerca de su inserción esclerótica. Hecho esto, se introducen á lo largo de la cara interna unas tijeras curvas cerradas y se las abre cuando han llegado cerca del nervio óptico. Se secciona este nervio y desde luego será fácil atraer hacia adelante el globo ocular, puesto que sólo falta dividir los dos oblicuos, que se ponen en seguida de manifiesto y que son los únicos que aún sujetan al globo ocular. Operando así, se extirpa el ojo sin haber interesado vaso ni nervio exterior alguno, y sin tocar siquiera el tejido adiposo. La escasa hemorragia que puede ocasionar la abertura de las arterias ciliares no debe preocupar por ningún concepto, puesto que serán suficientes algunas inyecciones de agua fría para detenerla fácilmente.

Las consecuencias de la operación son muy simples y benignas; frecuentemente he recurrido á esta operación cuando he podido temer que un ojo enfermo y perdido para la visión pudiera ser el punto de partida de una oftalmía simpática; en ningún caso he visto que sobrevinieran accidentes, y por otra parte, siendo movable el muñón resultante, permite la aplicación de un ojo artificial (1).

(1) El doctor Tillaux encuentra mucho más expedito y menos expuesto á la abertura de la cavidad posterior de la órbita, el siguiente procedimiento: con las tijeras curvas abrir un ojal en la conjuntiva y capa subconjuntival al nivel del tendón del oblicuo externo, dividir este tendón y luego en vez de continuar la sección de los demás tendones todo alrededor de la córnea, introducir las tijeras hasta la parte posterior del globo para dividir el nervio óptico; con unas pinzas de garfios atraer el polo posterior hacia la herida conjuntival y dividir de atrás á delante los demás tendones de los músculos motores del ojo rasando la esclerótica.

La enucleación del ojo se practica á veces para evitar el desarrollo de la oftalmía llamada simpática, y como su mismo nombre indica, la causa inmediata de esta enfermedad, se encuentra en una excitación refleja que tiene por punto de partida los nervios ciliares del ojo enfermo, se ha creído cumplida la indicación seccionando estos nervios. La *neurotomía optociliar* ha pretendido evitar la enucleación del ojo, pero ni las razones alegadas, ni los casos hasta ahora citados, hacen aceptable esta sustitución, porque, en último resultado, la única ventaja que la neurotomía optociliar tiene sobre la enucleación es puramente estética, es decir, ni simplifica ni facilita el manual operatorio, ni evita peligros (que no los tiene la enucleación), ni da mayor seguridad con respecto al objeto que se persigue; al contrario, es operación más incierta, porque no se tiene absoluta seguridad de haber cortado todas las

III.—Colocación de un ojo artificial

Para colocar un ojo artificial, conviene esperar que la cicatrización sea del todo completa; pero como que en este momento la conjuntiva y hasta los párpados han sufrido una retracción más ó menos considerable, no será posible colocar desde luego un ojo comparable al sano. Se empieza, pues, por uno de esmalte que todo lo más mida de 9 á 10 milímetros de longitud por 7 ú 8 de anchura. El cirujano lo toma con el pulgar é índice de la mano derecha, y después de haberlo mojado con agua, levanta con el pulgar izquierdo el párpado superior y desliza por debajo de él la parte más convexa del ojo artificial. Una vez introducido, lo dirige algo hacia el ángulo externo, deja entonces caer suavemente el párpado superior, deprime con fuerza y con el dedo medio izquierdo el inferior, que se encuentra aún oculto debajo de la parte menos prominente del ojo artificial, y empuja ligeramente éste con el pulgar derecho, con lo cual el ojo queda colocado.

Al principio, este ojo no debe permanecer en su sitio más que media hora, una hora todo lo más si el enfermo no aqueja por su causa dolor ni molestia alguna. Pasado algún tiempo, como que la conjuntiva recupera gradualmente su estado normal, se podrá colocar otro ojo de dimensiones algo mayores. Así sucesivamente se le

ramas ciliares, no es más sencilla, expone á consecuencias tan graves como la hemorragia y la supuración, de lo cual citan diferentes ejemplos los principales encomiadores de esta operación, Dianoux y Abadie, y por último, los hechos demuestran también que los fenómenos que motivaron la operación han podido reproducirse haciendo necesaria la enucleación (Hirsberg).

Este es el estado de la cuestión en los momentos presentes. Sin embargo, como las observaciones son aún escasas y por lo tanto el asunto no puede darse por definitivamente resuelto, no considero superfluo dar á conocer el modo más sencillo de practicar esta operación.

Neurotomía optociliar.—Procedimiento de Abadie. Abierta la conjuntiva en ojal al nivel del recto externo, se corta el tendón de este músculo como en la operación del estrabismo, y respetando los músculos rectos superior é inferior, se labra paso á las tijeras hasta el nervio óptico para seccionarlo como en la enucleación. Con esto el globo sale un poco de la órbita, y sólo falta comunicar al ojo un movimiento de rotación hacia adentro para atraer el polo posterior á la herida conjuntival, y con las tijeras obtusas denudar la esclerótica en las inmediaciones de la sección del nervio óptico, procurando que no escape á la acción del instrumento ninguno de los nervios y vasos ciliares posteriores.

Repuesto el ojo en su sitio, se aplica un vendaje ligeramente compresivo y fomentos de agua fría ligeramente fenicada durante los dos ó tres días primeros.

Por lo visto, este procedimiento es el de enucleación de Tillaux sin el último tiempo, es decir, sin la extirpación del globo.

va aumentando de volumen; no obstante, nunca es necesario llegar á darle las dimensiones del ojo sano, pues conviene que el esmalte tenga alguna movilidad en el interior de la órbita, y cubre el bulbo del ojo sin que moleste ni comprima fuertemente por ningún lado.

Por la noche es necesario quitar el ojo artificial, porque de otra manera el esmalte perdería pronto su brillo. Para quitarlo puede el enfermo servirse de un alfiler largo de cabeza algo resistente, ó mejor aún, de una aguja de oro ó plata del grosor de las de hacer calceta, y que termine por un pequeño ganchito de cabeza redondeada. El operador, ó el enfermo mismo, coge esta aguja como una pluma de escribir, y tirando hacia abajo con los dedos de la mano izquierda el párpado inferior, introduce entre éste y el ojo artificial el ganchito del instrumento, haciendo que se deslice apoyado en el esmalte hasta que encuentre el borde inferior. En este momento, bajando la mano derecha hacia la mejilla, y sin retirarla, sino sirviéndose de la aguja á manera de palanca, levanta el ojo artificial, el cual, faltándole el apoyo del párpado inferior, se desliza á lo largo de la aguja y cae en la mano izquierda, que ha dejado con rapidez el párpado para recibirlo.

Inmediatamente después es necesario sumergir el esmalte en agua fresca para que se limpie del espeso moco de que está cubierto.

CAPITULO II

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL OÍDO Y SUS
DEPENDENCIAS

I.—Perforación del lóbulo de la oreja

Podemos practicar esta operación valiéndonos de un punzoncito ordinario ó de un trócar de hidrocele; pero se usa más generalmente un trócar de tallo cónico que va adelgazándose hasta la punta.

Se empieza por adormecer la sensibilidad del lóbulo por suaves presiones; se le aplica de plano sobre un tapón de corcho blando que le sirve de punto de apoyo, y en esta disposición, el cirujano lo atraviesa en un solo tiempo, dando al empuje la fuerza suficiente para que el trócar y la cánula penetren en el tapón hasta cierta