4
19865

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTAFILÓMAS DE LA CÓRNEA

TÉSIS

PARA

EL DOCTORADO

POR

FRANCISCO Y. QUESADA

10202

BUENOS AIRES

Imprenta de M. BIEDMA, calle Belgrano números 133 y 135

1878

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Décano	Dr. D. MANUEL PORCEL DE PERALTA
Vice Décano	« « NICANOR ALBARELLOS
	« « MANUEL A. MONTES DE OCA
Tesorero	« « MAURICIO GONZALEZ CATAN
	« « CLETO AGUIRRE
	« « SANTIAGO LARROSA
	« « PEDRO A. PARDO
	« « MANUEL ARAUZ
	« « LEOPOLDO MONTES DE OCA
	« « EDUARDO WILDE
	« « PEDRO A. MATTOS
	« « JOSÉ T. BACA
	« « RAFAEL HERRERA VEGA
	« DOMINGO PARODI
Secretario	« « JACOB DE TEZANOS PINTO

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS
Anatomía descriptiva y topográfica.	Dr. D. Mauricio Gonzalez Catan
Histología y Anatomía Patológica . . . . . »	» Ignacio Pirovano
Fisiología general y humana . . . . . »	» Santiago Larrosa
Patología general é Historia de la Medicina . »	» José T. Baca
Materia Médica y Terapéutica . . . . . »	» Pedro A. Mattos
Higiene pública y privada . . . . . »	» Guillermo Rawson
Patología esterna . . . . . »	» Leopoldo Montes de Oca
Patología interna . . . . . »	» Manuel Arauz
Clínica Quirúrgica y operaciones . . . . . »	» Manuel A. Montes de Oca
Oftalmología y Clínica Oftalmológica . . . . »	» Cleto Aguirre
Clínica Médica . . . . . »	» Manuel P. de Peralta
Medicina legal y Toxicología. . . . . »	» Eduardo Wilde
Obstetricia y Clínicas respectivas . , ... »	» Pedro A. Pardo

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica.	Dr. D. Bartolomé Novaro
Histología y Anatomía Patológica . . . . . »	» (Vacante)
Fisiología general y humana . . . . . »	» Francisco Tamini [en ejerc.]
Patología general é Historia de la Medicina. . »	» Jacob de T. Pinto
Materia Médica y Terapéutica . . . , . . »	» Pablo M. Santillan
Higiene pública y privada . . . . . »	» Pedro Mallo (en ejercicio)
Patología esterna . . . . . »	» Lucio Melendez
Patología interna . . . . . »	» Luis Tamini
Clínica Quirúrgica y operaciones . . . . . »	» Juan A. Argerich
Oftalmología y Clínica Oftalmológica . . . . »	» Pedro F. Roberts
Clínica Médica . . . . . »	» Juan B. Gil
Medicina legal y Toxicología. . . . . »	» Manuel Blancas
Obstetricia y Clínicas respectivas . , ... »	» Antonio T. Ballester

Disectores

Dr. D. JULIAN AGUILAR — Dr. D ENRIQUE E. DEL ARCA

PRESIDENTE DE TÉSIS

DOCTOR DON PEDRO A MATTOS

A MI MADRE

LA SEÑORA

DOÑA MARIA TERESA H. DE QUESADA

VUESTRO HIJO AGRADECIDO

OS DEDICA ESTE HUMILDE TRABAJO

A MI HERMANO LUCIANO

Doy hoy la última batalla, si algun triunfo obtuviera, te pertenece.

Á LA MEMORIA DE MI SEÑOR PADRE

EL GUERRERO DE LA INDEPENDENCIA

CORONEL D. JUAN ISIDRO QUESADA

---

14 DE JUNIO DE 1876

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES ACADÉMICOS.

Satisfecho me siento al encontrarme por última vez en este recinto, de donde han salido tantos médicos ilustres que son el orgullo de la Medicina Argentina; vengo desnudo de pretenciones, pues considero mis conocimientos médicos como un pálido reflejo de las sabias lecciones que he escuchado de mis maestros, que me han enseñado á arrancar á la naturaleza sus secretos por medio del estudio y de la observacion constante que es la brújula que debe guiar al médico en la práctica de la difícil ciencia de Hipócrates.

El punto que he elejido para mi disertacion es «Los Estafilómas de la córnea,» si él merece vuestra aprobacion, saldré orlado con el título de doctor en medicina que constituye mi mas grande aspiracion.

On doit beaucoup exiger de celui qui se fai auteur par sujet de gain et d'interèt; mais celui qui va remplir un devoirt dont il ne peuts'exempter, est digne d'excuse dans les fautes qu'il pourra commettre.

LA BRUYÉRE,

Estafilómas

Se designa bajo el nombre de estafilóma una prominencia de la córnea hácia adelante, mas allá de su curvadura normal.

La mayor parte de los oftalmologistas atribuyen esta enfermedad á un vicio congenítal de la córnea, caracterizado por el adelgazamiento de esta membrana que no pudiendo resistir á la presion intra-ocular se distiende hácia adelante haciendo salida entre los párpados, que muchas veces su volumen es tan considerable que no puede ser recubierto por estos.

Otras causas productoras de esta enfermedad son las heridas que se producen en la córnea, porque una vez producido el tejido cicatrícial no posee la suficiente resistencia para oponerse á la gran presion interior, que encontrando esta parte sin las condiciones requeridas para soportarla, sufre mas que las otras y cede, produciéndose la propulsion de esta membrana hácia el exterior.

Se podria preguntar teniendo en vista el gran adelgazamiento que sufre la córnea, cómo es que no pudiendo resistir á la presion interior no estalla. A esto podria contestarse con Bouman diciendo que á medida que el adelgazamiento se vá produciendo de mas en mas, se hace tambien mas fácil la trasudacion del humor acuoso al exterior.

Otros autores atribuyen la enfermedad á una inflamacion lenta con reblandecimiento del tejido córneo, pero segun la opinion del doctor Wecker faltan las observaciones en donde se hubiese visto claramente el estafilóma seguir á una enfermedad inflamatoria del ojo. De igual manera se puede contestar á aquellos que hacen derivar la enfermedad, de una ligera opacidad que se observa en el vértice del estafiloma, pues se han observado casos en los que la enfermedad habiendo alcanzado su máximun de intensidad en un ojo, pasa al otro sin que la observacion mas minuciosa y atenta haya podido reconocer la mas ligera opacidad atribuida á una inflamacion.

Son causas capaces de producir tambien estafilómas, los absesos perforantes, los cuerpos extraños implantados en la córnea; las oftalmias blenorragicas, escrofulosa y purulentas, en las que el oftalmologista necesita poner toda su atencion para evitar la ulceracion y perforacion de la córnea. Para este objeto puede usar las parasentesis repetidas tan luego como el el estado de la presion interior y de la córnea indiquen la cecesidad de esta operacion, pues de lo contrario se expone ó encontrar un dia á su enfermo con la córnea

perforada y con la vision perdida quizá para siempre, á causa de los estafilómas que con tanta frecuencia se forman por este accidente y que traen consigo gráves inconvenientes para la vision.

Los estafilómas se dividen en totales y parciales, y estos pueden ser pelúcidos ú opacos lo cual dependerá de la causa productora.

---

no es estraña al proceso mórvido que se efectúa en la córnea.

No solamente la esclerótica participa de la afeccion de que es asiento la córnea, pues se observa con mucha frecuencia aderencias del iris y temblor del mismo (iridodonesis) cuya alteracion nos dá á conocer que se ha efectuado el reblandecimiento del cuerpo vitrio (sinquisis); ademas se observa desprendimientos de la retina, atrófias de la papila y algunas veces retinitis pigmentárias.

El tratamiento debe ser general y parcial, pues teniendo en vista que los desgraciados que padecen de esta enfermedad tienen una constitucion débil, el médico debe tratar de fortalecer esa naturaleza pobre, aconsejando al paciente una medicacion tónica, buena alimentacion y absoluta higiene. Sin embargo no se debe alucinar uno, pues las mas de las veces el tratamiento instituido no dá el resultado deseado.

El tratamiento local debe consistir al principio de la afeccion, en repetidas paracentésis con el objeto de disminuir la presion interior y aplicar en seguida un bendaje compresivo, sin embargo preciso es confesarlo que lo mas á menudo han fallado todos los medios puestos en práctica y el médico se ha visto en la necesidad de recurrir á la operacion de la pupila artificial que segun la opinion del Dr. Critchett es el único medio de que se puede echar mano y eso con muy pocas esperanzas, pues lo mas general es que la afeccion siga su marcha invasora y que llega un momento en que su volúmen es tan considerable que

hace imposible la oclusion de los párpados y el ojo, espuesto continuamente al contacto del aire, concluye por inflamarse y el cirujano se vé entonces en la presicion de recurrir al procedimiento de Critchett ó al de Borelli, los que espondremos en el curso de este trabajo

---

Estafiloma cónico pelúcico

En esta variedad de estafiloma, designado tambien bajo el nombre de córnea cónica; keratocono, la salida de la córnea, es cónica y transparante y la cámara anterior está excesivamente aumentada.

Esta variedad de estafiloma es generalmente congenital.

Para reconocer esta afeccion el cirujano debe valerse de los procedimientos siguientes: 1° á ojo descubierto poniendo al enfermo de perfil y de frente; 2° por medio de la iluminacion oftalmoscópica.

Colocando al pasiente en frente de un objeto cualquiera, una ventana por ejemplo, observaremos que dicho objeto cambia segun que se mire en el vértice ó en la base, haciéndose cada vez mas pequeño á medida que nos alejamos de la base; visto de perfil se nota fácilmente la saliencia bien pronunciada de la córnea

Por medio del oftalmóscopo y á imàgen invertida, observamos que la papila se ensancha y se alarga al menor movimiento de la lente.

El estafiloma cónico no queda estacionario, él va aumentando progresivamente y á consecuencia de esto la vision se altera de tal modo que los enfermos

tienen que aproximar mucho los objetos para distinguirlos; esto es efecto del astigmatismo irregular que se produce.

Si se comprime con el dedo á través del párpado el centro de la córnea, se vé que ésta se pliega bajo el dedo compresor, lo cual demuestra el aumento del diámetro ántero posterior del ojo, y la pérdida de resistencia de la córnea.

Con la suma de los síntomas que dejamos espuestos, creemos que será siempre fácil diagnosticar un estafiloma pelúcido, que por desgracia se observan tan frecuentemente en aquellos individuos que poseen una constitucion débil, y que agregado á los otros sufrimientos de que son víctimas, se les hace tanto mas insoportable la existencir desde que con esta afeccion llegan á perder á veces el sentido mas noble con que hemos sido favorecidos por el Creador.

Esta enfermedad es grave y tanto mas, cuanto mayor es el adelanto de ella en cuyo caso fallan casi todos los medios propuestos y el cirujano tiene que recurrir á la operacíon.

Con este objeto, se han propuesto y practicado tres métodos operatorios, el de Bowman, el de de Graefe y la trepanacion.

El procedimiento de Bowman consiste en una doble iridesis, operacion que se practica del modo siguiente: Se hace por medio de una aguja de de Graefe ó un pequeño cuchillo de Critchett, una incision bastante ancha para dar paso á un pequeño gancho muy fino. Cuando se introduce la pinza á travez de esta

pequeña herida, se procura tomar la parte del iris intermediaria entre el borde pupilar y el ciliar, y se trae hácia fuera.

El iris una vez enclavado, en la herida debe ser mantenido hasta la cicatrizacion de la herida, Critchett hace deslizar á este efecto un nudo de hilo de seda bastante fino á lo largo de la pinza canula de que se sirve, y estrangula con este hilo la porcion del iris llevado á fuera.

Para facilitar la aplicacion de la ligadura, Valdau ha hecho construir una pinza especial, cuyas ramas divergen por sus estremidades entre las que es colocado el nudo. Para cerrar el nudo basta abrir las ramas de la pinza.

En estos últimos tiempos, Critchett ha modificado su proceder de la manera siguiente: en vez de servirse de la pinza, él introduce un pequeño gancho obtuso en la pupila, y tira su borde afuera de la herida, para fijarla con una ligadura.

Modificacion adoptada por Pagenstecher.—La modificacion llevada por este autor es muy interesante, pues él ha llevado su incision sobre la esclerótica, y ha llegado á fijar el prolapsus del iris por medio de un simple bendaje compresivo.

Pero, para obtener este resultado favorable, es preciso que la seccion no pase de dos milímetros, como lo nota muy justamente Wecker, y que ella interese 3 á 4 milímetros de la superficie de la esclerótica. Al cabo de veinte y cuatro á cuarenta y ocho horas, se

corta el prolapsus del iris y la cicatrizacion tiene lugar sin el menor accidente.

Procedimiento de de Graefe — Este distinguido oftalmologista ha buscado reducir el estafiloma sacando una capa superficial del tegido corneano para formar una ulceracion y una cicatriz. Para el efecto encaja en la córnea cerca del vértice del cono y paralelamente á su superficie, un cuchillo lanceolar, y corta un pequeño colgajo superficial corneano, de tres milímetros un poco fuera del cono y sin entrar en la cámara anterior; despues, de un corte de tijera saca este pequeño colgajo. Al otro dia de la operacion se comienza á cauterizar los bordes de la herida con un pedazo de nitrato de plata mitigado y se renueva estacauterizacion cada tres dias por espacio de 15. Despues de cada cauterizacion, se aplica el bendaje compresivo. A causa de esta operacion, se produce el tejido cicatrizial, que espesándose, retrae el resto de la córnea y disminuye su curvadura.

Este proceder operatorio tiene el grave inconveniente de hacer el tratamiento demasiado largo y doloroso para el enfermo, y por otra parte á consecuencia de tantas cauterizaciones deja una irritacion muy viva en el ojo.

Trepanacion de la córnea—Proceder de Bowman —Este cirujano teniendo en cuenta los inconvenientes de las cauterizaciones repetidas y lo difícil que es para el operador precisar por medio del bisturí la profundidad que ha de dar al colgajo corneano, imaginó la trepanacion, para cuyo objeto Bowman se sirve de un

pequeño instrumento muy parecido al trépano. El instrumento se compone de un tubo muy pequeño como el del trépano, la lámina es provista de una pieza que limita la profundidad del corte. Por medio de este instrumento se saca una redondela del vértice del estafiloma, del tamaño deseado, sirviéndose para esto de láminas de diferentes dimensiones, y se deja la herida cicatrizar sola. La cicatriz se hace con bastante facilidad, y la córnea toma la forma esférica quedando en el centro de ella un leucoma que hace la vision muy difícil; no obstante, este inconveniente se puede salvar mas tarde haciendo una pupila artificial por la que penetren los rayos luminosos, y hagan la vision vinocular perfecta.

Estafilóma opaco total de la crónea

Esta afeccion está caracterizada por una prominencia considerable de toda la córnea con opacificacion completa.

En esta enfermedad la córnea es reemplazada por un tejido opaco, blanquesino, que tiene mucha semejanza con la esclerótica.

La percepcion de la luz se conserva durante largo tiempo, pero á medida que la afeccion vá haciendo progresos, la presion interior tambien vá aumentando á tal punto que la papila del nérvio óptico no pudiendo resistirla, termina por escavarse trayendo consecutivamente la pérdida total de la vision.

El estafilóma general opaco de la córnea puede existir durante largo tiempo sin producir incomodidad alguna, pero no sucede así cuando por efecto del prolongado contacto con el aire se inflama, en cuyo caso el cirujano se vé obligado á recurrir á una operacion por la cual sacrifica el hemisferio anterior del ojo, salvando así al doliente de los atroces dolores de que es víctima y al mismotiempo le libra el otro ojo de seguir el mismo camino á causa de una oftalmia sim-

pática, que desgraciadamente se observacon tanta frecuenciaen esta clase de estafilómas.

Al principio de esta afeccion y cuando el estafilóma no ha tomado proporciones considerables puede intentarse hacer una iridectomia con el objeto de disminuir un tanto la presion interior y oponerse por este medio á la marcha de la enfermedad, y si esta no bastára, no pueden practicarse paracentesis repetidas y seguidas de un bendage compresivo.

Todos estos medios no son mas que paliativos, pues generalmente no dan resultados y se está obligado á sacrificar el ojo enfermo.

Varios son los procedimientos operatorios aconsejados con este objeto; enumeraremos los siguientes:

Amputacion del hemifério anterior del ojo, Proceder de Desmarres, padre. Una vez el enfermo acortado y los párpados separados, se atraviesa el tumor cerca de su base con una aguja curva provista de un hilo; se mantiene esta aguja por algunos instantes con la mano izquierda, con el objeto de dar salida al humor acuoso. Al cabo de dos ó tres minutos el observador se sirve de un estafilótomo ó de un cuchillo de Beer que se encaja en la base del tumor del lado externo, y se hace salir por el punto diametralmente opuesto; despues se sigue seccionando hasta que no quedan sino dos puntos pequeños por dividirse. Es entonces que se acaba la division del punto superior con el estafilótomo. Miéntras el ayudante aproxima los elevadores, el cirujano divide con las tijeras el punto inferior. Una vez terminado esto, se aplica un

bendage compresivo que se mantiene hasta la completa cicatrizacion.

Escision con suturas-Proceder de Critchett.

El emfermo cloroformado y los párpados separados con el blefarostato. Cuatro á cinco agujas finas y curvas, provistas de hilos de seda se pasan por la base del estafilóma á distancias iguales y se dejan en su sitio. Estas agujas forman así, una especie de barrera para las membranas internas del ojo é impiden vaciarse despues de la escision del tumor. El cirujano hace en seguida, con el cuchillo de Beer ó de de Graefe, una incision de cinco milímetros, tan cerca como sea posible del punto de union del músculo recto interno, é introduciendo en la herida un par de tijeras escinde el estafilóma todo entero delante de las agujas, dando á la herida la forma eliptica. El estafilóma y el cristalino una vez sacados, una parte del cuerpo vitrio se escapa y el ojo se aplana. Es entonces que se sacan las agujas. Despues de haber aproximado los bordes de la herida se ligan los hilos entre si. Al cabo de ocho ó quince dias se pueden sacar las suturas.

Las ventajas de este método son incontestables, pues aplicando las suturas, se previenen las hemorrágias y los flegmones.

Ligadura—Proceder de Borelli—La base del tumor es atravezada por dos alfileres que se cruzan en ángulo recto. Un hilo de seda muy sólido se pasa por detrás de estos y al rededor del estafilóma el que es fuertemente apretado. Los estremos del hilo se fijan en el carrillo por medio de una tira de tafetan nglés.

Un bendage compresivo es en seguida aplicado, y el tumor estrangulado cae ordinariamente al cabo de tres dias, la cicatrizacion completa tiene lugar al cabo de ocho ó diez.

He terminado, Sres. examinadores la tarea que me impuse; comprendo que el trabajo que os presento no satisfará vuestros deseos, como no satisface los mios, pero me consuela la idea de que vosotros comprendereis que no puede hacer mas el alumno que acaba de abandonar las bancas del estudiante.

F. Quesada.

Vº Bº

Mattos.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

ANATOMÍA—Músculos, nérvios, arterias y venas de la laringe.

II

FÍSIOLOGIA—Rol de la bilis en la digestion.

III

TERAPEUTICA—Accion flsiológica y efectos terapéuticos del iodo.

IV

PATOLOGIA EXTERNA—De la podredumbre de Hospital.

V

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA—Cómo se practica la enucleacion del ojo por el método de Bonnet de Lion.

VI

CLÍNICA MÉDICA—Diagnóstico diferencial entre la pericarditis y la endocarditis.

VII

OBTECTRICIA—¿Haypeligro en aplicar el cloroformo á los partos?

VIII

MEDICIÑA LEGAL—¿Como se prueba la preñez?