Año 1910 N.° 2255

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ENTROPION Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

J. ARTURO LARRALDE

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — Callao — 737

1910

ENTROPION Y SU TRATAMIENTO

Año 1910 N.° 2255

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

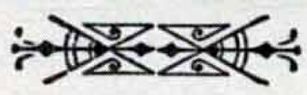
ENTROPION Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

J. ARTURO LARRALDE



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — Callao — 737

1910

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA
14. » » ENRIQUE DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRAN
20. » » M. HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO
22. » » DIÓGENES DECOUD
23. » » BALDOMERO SOMMER
24. » » FRANCISCO A. SICARDI
25. » » DESIDERIO DAVEL

Secretario

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUAN A. BOERI (suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » JOSÉ ARCE

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» (vacante)
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUAN R. FERNANDEZ
» J. T. BACA
» J. Z. ARCE

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE » JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
Clínica Dermatog. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES » JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE » ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Anat. Topográfica	» ROBERTO SOLÉ » CARLOS R. CIRIO
Anat. Patológica	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON » RICARDO S. GÓMEZ
Medicina Operatoria	» PEDRO CHUTRO
Patología interna	» RICARDO COLÓN » PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÉ ARCE » ARMANDO MAROTTA
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE » DAVID SPERONI » JUAN JOSÉ VITÓN » PEDRO MORSALINE » RAFAEL BULLRICH
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ARTURO ENRIQUEZ » ALBERTO PERALTA RAMOS » FAUSTINO J. TRONGÉ
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA » GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI » JOAQUÍN NIN POSADAS
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas.....	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica.....	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
	» UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	» J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
	» LEON PEREYRA
	» N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

PROFESOR DR. MARIANO ALURRALDE

CATEDRÁTICO SUSTITUTO DE CLÍNICA NEUROLÓGICA

A la memoria de mis queridos padres

A mis queridos hermanos

A mi hermana María

A la memoria de Tomás Harispuru

Al Doctor Eduardo Mollard

Mi sincero reconocimiento

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Cumpliendo con la disposición reglamentaria que exije este trabajo de tesis, trataré de desarrollar el tema elegido, presentándolo á vuestra consideración.

No es novedoso, en el sentido que revele un acontecimiento de observación por la rareza de casos, ni por el material ilustrativo que aportará su estudio.

Bien al contrario, la clínica oculística registra entre los casos frecuentes al entropión, cuyo conocimiento etiológico es perfecto, así como su tratamiento terapéutico, que con el procedimiento operatorio del profesor Dr. P. Lagleyze, ha adquirido las seguridades del éxito invariable.

Estas circunstancias de frecuencia y de éxito en su tratamiento, han sido las causantes de mi decisión por este tópico, conceptuando que son suficientemente justificativas.

Antes de abordar su descripción, debo presentar mis expresiones de agradecimiento á los señores profesores, que sábiamente han ilustrado con sus conocimientos y consejos, mis estudios.

Al distinguido profesor Dr. Mariano Alurralde, que apadrina esta tesis mi reconocimiento profundo por el honor concedido.

Al Dr. Eduardo Mollard, profesor Dr. Lagleyze y Dr. Nocetti que han dirigido con especial atención mis estudios, mi sentida gratitud. Agradecido igualmente á las deferencias que me han dispensada los Dres. L. Güemes, P. Corti y G. Araoz Alfaro.

ANATOMÍA DEL PÁRPADO

Los párpados son velos músculo-membranosos que se desarrollan delante de la base de la órbita. Ellos recubren en parte ó en totalidad el segmento anterior del globo ocular, protegiendo de esta manera el órgano de la visión contra los agentes exteriores y contra los efectos nocivos de una luz demasiado viva.

En número de dos para cada ojo, se distinguen en superior é inferior.

El superior es mucho más extenso que el inferior recubriendo la mayor parte del globo ocular, poseyendo además una movilidad notable y mucho mayor que el párpado inferior.

Con muy poca diferencia en su estructura los párpados están constituidos como va á continuación.

Considerando de adelante hacia atrás tenemos en un primer plano:

La piel; lisa, muy delgada, con pliegues transversales y pelos delicados á los cuales están anexadas glándulas sebáceas y al decir de Waldeyer, en el espesor de los planos celulares que la constituyen, células pigmentarias provistas de prolongamientos aislados y conteniendo un pigmento cuyo color varía entre el amarillo oro y el pardo.

En el plano siguiente á la piel: el tejido celular conjuntivo constituye una capa muy delgada, donde los tramos muy laxos que sirven de unión entre el dermis cutáneo y el plano muscular subyacente, contiene poca grasa y es muy fácilmente distendido por los líquidos del organismo ya sean normales, ya sean patológicos.

El tercer plano, quizá el que más participación tiene en la producción de la enfermedad de que es objeto este trabajo, está constituido por el músculo orbicular de los párpados en su porción palpebral, y los hacecillos del músculo de Riolan, que anatómicamente no es sino la terminación interna del músculo orbicular, inserto en el ángulo interno de la cavidad orbitaria por un tendón llamado tendón del orbicular. Este tendón está primitivamente dividido en dos láminas, de las cuales la una, porción directa del tendón ó tendón directo, se inserta en el labio anterior de la gotera lacrimo-nasal, sobre el apófisis montante del maxilar superior. La porción refleja ó tendón reflejo

se fija al labio posterior de esta misma gotera ó cresta del ungüis.

Entre la porción directa y la porción refleja de este tendón existe un espacio en el que se aloja el saco lacrimal.

Llegados al borde externo de este saco las dos porciones se fusionan para formar un solo tendón, pero casi inmediatamente vuelve á dividirse en dos ramas para dirigirse, una al párpado superior y la otra al párpado inferior, para echarse en la extremidad interna de la bandeleta tarsa.

Es sobre este tendón, que toman nacimiento la mayor parte de las fibras de este músculo. Aparte de esta inserción tendinosa toma origen también en el apófisis montante del maxilar superior y en el costado externo del apófisis orbitaria interna del frontal; la base de la órbita da también implantación á un grupo de hacecillos musculares.

De estos puntos emanados y constituidos los dos orbiculares, correspondientes al párpado superior y al inferior describen una curva á concavidad inferior para el primero y superior para el segundo, que circunscribe la abertura externa de la pirámide orbitaria y van á perderse en el ángulo externo del ojo, en el tejido celular y en la cara profunda de la piel, después de haber entrelazado sus fibras.

Su acción es la de obturar la abertura palpebral, de ahí su denominación de esfínter de los párpados

y todavía debido á su acción tónica, se debe esta función, cuando el elevador del párpado no actúa. Aún se le atribuye el que favorece la expulsión de las lágrimas hacia el ángulo interno, procurando su introducción en los puntos lacrimales.

En cuanto al músculo de Riolan, ocupa todo el espesor libre del párpado desde la piel hasta la conjuntiva; interpuesta entre esta capa muscular y la fibrosa siguiente, hay una delicada trama celular.

Los tarsos considerados como constituyendo el esqueleto de los párpados constan de dos porciones, una marginal que responde al borde libre y otra correspondiente al reborde orbitario; son denominados ligamentos anchos. De formas distintas el cartílago superior afecta una concavidad dirigida arriba, mientras el inferior es de forma rectangular.

La cara posterior de ambos se adaptan al globo ocular del cual no están separados nada más que por la conjuntiva. Nos presentan dos bordes, el uno ciliar, notablemente espeso, que responde al borde libre del párpado, el otro más delgado se continúa con el músculo elevador para el párpado superior y con el prolongamiento orbitario del músculo recto inferior.

Las extremidades externas están reunidas por un ligamento resistente, mientras que en su lado interno ambos cartílagos dan nacimiento á dos bridas fibrosas, que reuniéndose constituyen una ban-

deleta que se fija en la base interna de la órbita, y en el apófisis montante del maxilar superior. Adjunto á la parte interna de los ligamentos anchos, existe una capa de fibras musculares lisas que constituyen el músculo palpebral superior y el músculo palpebral inferior que según Sapey ocupa casi toda la extensión transversal de la órbita y que se inserta sobre el borde orbitario desde la bandeleta del tarso.

Del lado de la órbita se confunde el superior con el elevador del párpado superior. A estos hacecillos verticales de los músculos palpebrales, se agregan según Merchll y Hener, fibras á dirección transversa que van de afuera á adentro paralelamente al borde de los párpados.

La capa más interna de los párpados está constituida por la conjuntiva, que después de recubrirlos se refleja sobre el globo ocular.

Como complemento á este estudio topográfico de los párpados, debe señalarse la existencia de tres sistemas glandulares. Las de Meibomius, las glándulas ciliares y las de Moll.

Las primeras arracimadas están en el espesor de los tarsos y su función es la de segregar substancias sebáceas.

Las glándulas ciliares también sebáceas tienen anexados los folículos pilosos de las pestañas.

En cuanto á las glándulas de Moll, están situadas en el borde libre de los párpados y parecen, según la opinión de algunos histologistas, glándulas sudoríparas detenidas en su desenvolvimiento.

ETIOLOGÍA, PATOGENIA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

Caracterizados por sus distintas maneras de producirse, dos clases de entropiones debemos considerar: el sintomático ó espasmódico que ataca con preferencia el pápado inferior; y el cicatricial.

Este último es el resultado de la retracción posterior exagerada del cartílago tarso; el primero es originado por la contractura del músculo orbicular de los párpados.

Al estudiar la anatomía del órgano protector del ojo, dijimos, que la piel como manto delicado y abundante cubría su cara externa; pues bien, en la producción del entropión la abundancia de ella es causa favorecedora, debido á que no opone una resistencia suficiente á la acción del músculo orbicular y al cabalgamiento del tarso.

Si fuera posible, dice Fucsh, producir el estiramiento necesario, no se produciría; por esta circuns-

tancia la piel poco tensa de los ancianos explica la frecuencia en ellos, del entropión senil.

El músculo orbicular cuya acción se ejercita haciendo apoyo en las inserciones óseas de la cavidad orbitaria, tiene como objeto fisiológico producir la disminución ó desaparición de la abertura palpebral. Es el elemento primordial en la producción del entropión sintomático.

Su contracción normal hace que se formen dos arcos, uno producido por las fibras que circunscriben, los bordes libres de los párpados y otro en sentido inverso, porque las fibras se aplican sobre la superficie anterior convexa. El músculo en actividad hace desaparecer estos arcos que se transforman en cuerdas, sucediendo: primero, que se anula la hendidura palpebral y segundo que el párpado se aplica directamente sobre el globo ocular.

La acción de los cartílagos tarsos en esta eventualidad, será la de inclinarse, sino tienen un apoyo conveniente, ó ser arrastrados hacia adelante, si son obligados por las partes que se encuentran debajo, agregando Furcsh, que para la producción del entropión es más eficiente la segunda circunstancia.

Si el sostenimiento que el globo ocular proporciona al párpado, no es suficiente por irregularidades de aquél, obligará á una acción equivalente del músculo orbicular, produciendo la inversión.

La misma eventualidad se produce, en ausencia del globo ocular. Hay circunstancias que intervienen favoreciendo la producción del entropión: el bléfaroespasmo que con sus contracciones enérgicas aumentará la incurvación y en el caso de la bléfarofimosis porque la piel es llevada contra el borde libre.

Los vendajes que refuerzan la acción del músculo tirando del párpado hacia atrás, es otra causa de entropión.

El entropión cicatricial es la resultancia de un acortamiento exajerado de la conjuntiva que produce la desviación hacia adentro del borde libre; es consecutiva á la conjuntivitis granulosa, difteria, quemadura de la conjuntiva, etc. En el primer caso contrariamente á lo que ocurre en el entropión sintomático, la mucosa es surcada por cicatrices, entre las que se destaca una lineal y de color blanquecino que situada paralelamente al párpado, es acompañada por una depresión hecha en la conjuntiva y el cartílago tarso.

El cartílago está completamente incurvado y el párpado toma la forma de una gotera. El proceso inflamatorio que en él se opera, hace que sus dimensiones aumenten ensanchándose y espesándose, sobre todo en el borde inferior, cerca de la línea por donde pasan los vasos sanguíneos que van á la conjuntiva.

La retracción que sucede á la infiltración. retrayendo el cartílago tarso. es la causante de la incurvación de éste, correspondiendo á esta deformación la línea cicatricial que existe en el surco que hay por debajo del tarso en el párpado normal.

Como se comprende la modificación en la forma aportado al párpado por las alteraciones estructurales, hace que su borde libre mire hacia atrás, de manera á ponerse en contacto con la córnea, y como consecuencia de esta complicación, es la relativa frecuencia de la formación de ulceraciones y de un estado irritativo constante.

En la conjuntivitis diftérica que se caracteriza por un proceso inflamatorio violento, la conjuntiva es asiento de membranas grisáceas que en ciertos casos pueden eliminarse fácilmente sin dejar reliquia, pero en los casos en que la infiltración ha sido intensa, la irrigación sanguínea de la mucosa se interrumpe, produciendo la necrosis con pérdida de substancia.

En el período de cicatrización la conjuntiva vecina siendo solicitada, hay disminución del saco conjuntival.

De allí explicable el acortamiento de membrana que por un proceso, análogo á lo anteriormente expuesto, da lugar á la formación del entropión cicatricial.

SINTOMALOGÍA, DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

Los síntomas que provoca el entropión se reducen en pocos términos á lo siguiente: sensación de incomodidad, que se traduce por estiramiento y pesantez del párpado, el cual engrosado é invertido hace difícil la oclusión fisiológica.

Hay que agregar además en la mayor parte de los casos, la sensación y molestia que las pestañas desviadas hacia atrás producen por su contacto con la córnea; dando lugar en la mayor parte de los casos á opacidades superficiales; pues por la irritación constante, el epitelio se hace espeso y calloso: lo mismo se producirán neoformaciones paniformes y úlceras que recidivarán frecuentemente hasta tanto no se suprima la causa originaria.

El lagrimeo constante acompañado de fototobia y sensación de cuerpo extraño, es otra manifestación concomitante.

El diagnóstico se impone, la incurvación del

párpado adentro y la desviación de las pestañas lo hacen característico. La triquiasis que consiste en una desviación hacia atrás de las pestañas viene á ser el primer término del entropión, pero aquí aunque haya desviación de los rangos de cilias, efectuadas primero por las posteriores, y luego por las anteriores no alcanza el enrollamiento del párpado la intensidad del entropión. En este, el borde libre se incurva de tal manera hacia atrás que no se le ve, cuando se le mira de frente; el estiramiento del párpado (que es difícil hacia afuera) solo lo hace apreciable.

Las distriquiasis ó sea el doble rango del cilias, en que unas miran hacia atrás y otras hacia adelante; ó aun la distriquiasis de algunos autores, constituidas por solo la desviación hacia atrás del rango posterior de las pestañas y que es consecutiva al tracoma, se diferencian del entropión por la falta de enrollamiento del párpado.

En el blétaroespasmo, hay también contractura del músculo orbicular, pero el espasmo en el sintomático es pasagero y en el esencial se ejercita una acción tónica del músculo que produce la oclusión completa de los párpados, por un tiempo más ó menos variable. La confusión con el entropión se ve que no es posible.

El pronóstico es generalmente benigno, solo la formación de ulceras corneanas, con su cortejo de

complicaciones, pueden hacer peligroso el entropión.

Las recidivas con el método operatorio del prof. Lagleyze, son casi desconocidas, por lo que el tratamiento quirúrgico trae seguridades de completa curación.

TRATAMIENTO

Dos tratamientos, el mecánico y el operatorio son empleados en la corrección del entropión. El primero se hará cuando la causa provocatriz es fácil de suprímir; empleando por ejemplo un rodete de esparadrapo en contacto con el reborde orbitario, cuando el vendaje que imprescindiblemente debe llevarse es la causa originaria; ó sinó se procederá como Arlt colocando una bandeleta en el ángulo interno del ojo, y que se tiende fuertemente hacia afuera para fijarla en el ángulo externo donde ha de adherirse de la misma manera con colodion. La ausencia del globo ocular hará necesaria la prótesis.

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

Todos los procedimientos operatorios que se han ideado con el objeto de corregir el entropión sintomático, están dirigidos en el sentido de con-

trariar el exceso de piel, pues dice Fucsh, plegando entre los dedos horizontalmente la piel del párpado, el entropión desaparece.

A este objeto numerosos métodos operatorios han sido ideados de los cuales los más practicados son los que pasaré á describir.

Gaillard en su método hace lo siguiente: introduce la aguja subcutáneamente rasando el cartílago tarso en una extensión de poco más de un centímetro, y atraviesa la piel de adentro afuera; el ansa de hilo se coloca de manera que la piel forme un pliegue transversal; el hilo que ha debido entrar á dos centímetros del borde libre, sale cerca de éste.

Las extremidades son anudadas fuertemente haciendo que el párpado se pliegue en el sentido transversal.

El número de hilos es variable, á veces dos ó tres son necesarios según Rau.

Estas suturas forman un ansa perpendicular al borde del párpado; caminando un hilo bajo él, y el otro del lado de afuera. Se emplea la anestesia cocaínica. Este procedimiento ha sido modificado por Arlt, pero resulta una operación más dolorosa, y las recidivas son tan frecuentes, en el uno como en el otro.

A título ilustrativo describiré el método:

Hay que emplear dos hilos armados, cada uno,

de dos agujas haciendo que el primero forme la sutura en la unión del tercio medio y del tercio interno del párpado, y el segundo hilo se hace pasar en la unión del tercio mediano y del tercio externo.

La introducción de las agujas se hace de una manera idéntica á la empleada por Gaillard, es decir que el ansa formada por el hilo se encuentre en la proximidad del borde palpebral.

Stellwag procede de esta manera: las agujas munidas de dos hilos, las hace pasar por la parte más profunda del saco conjuntival, tratando de que se formen dos ansas, largas de un medio centímetro y que sean paralelas al borde ciliar. Los hilos salen como en el procedimiento anterior al nivel del borde libre por delante de las pestañas en donde se anudan.

Desmarres opina que para corregir el entropión, es necesario desdoblar el borde libre del párpado, unos 15 milímetros cerca de las pestañas, ó en su defecto excindir una bandeleta cutánea horizontal con sutura de los bordes libres de la herida. El procedimiento de De Græfe está basado en el acortamiento que sucede en el párpado superior á la talla de un colgajo triangular, cuya base debe estar situada paralelamente al borde libre del párpado, distando tres milímetros de éste; la incisión comprende la piel en unos tres á cuatro milímetros de la

comisura; luego se disecan los bordes de la herida en una extensión mínima y se le ponen unos puntos de sutura. Para el párpado superior aconseja escindir otro triángulo más pequeño, cuyo vértice esté próximo del cartílago tarso, teniendo su base invertida con respecto á la anterior y que interese las fibras del orbicular y del tarso.

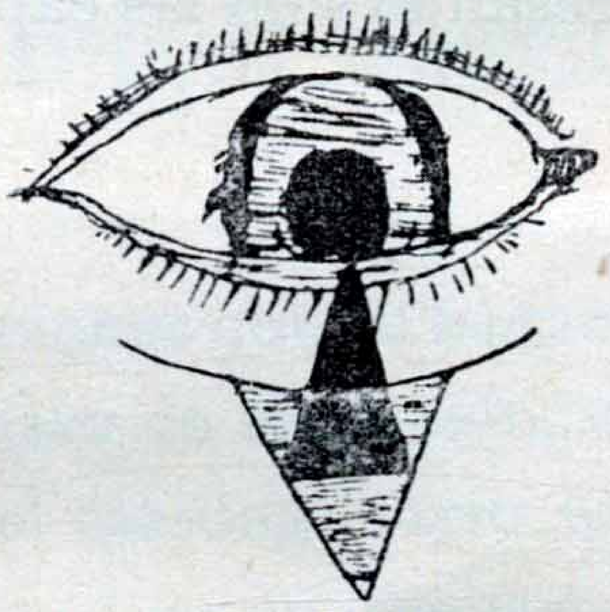


Fig. I

Junge talla los colgajos haciendo tres incisiones concéntricas obligando al colgajo superior á pasar por debajo del inferior que tiene la forma de una asa de canasto.

Puede también recubrirse el tarso para evitar la retracción, con un colgajo cutáneo que injertado puede vivir, y formar una buena margen palpebral.

La cauterización lineal se emplea también en el tratamiento del entropión orgánico del párpado inferior.

Después de haber hecho instilaciones de cocaina se coloca el cuerno en el fondo de saco inferior, y

haciendo á lo largo de una linea paralela al borde ciliar, una inyección subcutánea de cocaina, se hace una cauterización lineal á 4 milímetros del borde ciliar, y paralelamente á él. Debe interesarse la piel, el músculo orbicular y la cauterización será tanto más intensa, cuanto mayor es el grado del entropión; pero notando que no se hará sinó superficialmente, interesando solo las capas superficiales.

ENTROPION CICATRICIAL

Las intervenciones que se hagan con el objeto de suprimir esta clase de entropión, están basadas en la corrección del cartílago tarso que se ha incurvado viciosamente, ó en un desplazamiento del suelo ciliar.

Monod y Vanvert opinan que ninguno de los procedimientos que se emplean á este fin, son de estricta aplicación en todos los casos, pues las múltiples variantes de entropiones, hacen que estos procedimientos al lado de las ventajas, presenten sus inconvenientes.

Entre los muchos métodos aconsejados está el de Jaesche-Arlt, empleado siempre que no exista simultaneamente deformación del cartílago tarso. En síntesis, es una transplantación del suelo ciliar.

Su técnica es la siguiente: aplicable sobre todo al párpado superior. Se incinde á éste en toda su lon-

gitud paralelamente al borde libre comprendiendo la piel y el músculo orbicular, se diseca aquélla, lo más cerca posible del cartílago tarso hasta llegar por detrás de las pestañas, luego se sutura la piel y se tiran los hilos obligando al borde ciliar á efectuar una rotación hacia arriba.

En definitiva, hay que hacer un desdoblamiento del borde libre del párpado en dos láminas, una tarsiana y otra ciliar. Según Waldhuer hay ventajas en injertar el colgajo cutáneo escindido, entre los labios de la herida intramarginal. Isrraelson, Rachmom, Muternilch, Van Milligin, interponen un fragmento de mucosa labial. Stozeminski, emplea un colgajo vaginal que dice es menos contráctil.

En la modificación O. Ettingen, la incisión intramarginal va hasta por encima del borde superior del tarso al cual sutura el colgajo ciliar destacado.

El procedimiento de Holtz consiste en una elevación del suelo ciliar y es sobre todo aplicable al párpado superior. Al nivel del borde superior del cartílago tarso hace una incisión que comprende la piel y el músculo orbicular.

La incisión ho debido hacerse en toda la longitud del cartílago, y las suturas de manera á unir sólidamente el borde superior del cartílago tarso al borde inferior de la herida cutánea. A veces es necesario seccionar en bisel al cartílago. Snellen, después de haber puesto al descubierto el tarso por medio

de una incisión que comprende la piel y el músculo orbicular, talla en el cartílago un segmento de forma prismática cuya arista esta dirigida á la conjuntiva, luego hace pasar el ansa de hilo por la parte superior del cartílago haciéndola salir por sus dos extremidades al nivel del borde libre del párpado. Los hilos deben ir por la cara externa de este sujetando las extremidades en la frente, de esta manera se obtendrá el enderezamiento del cartílago.

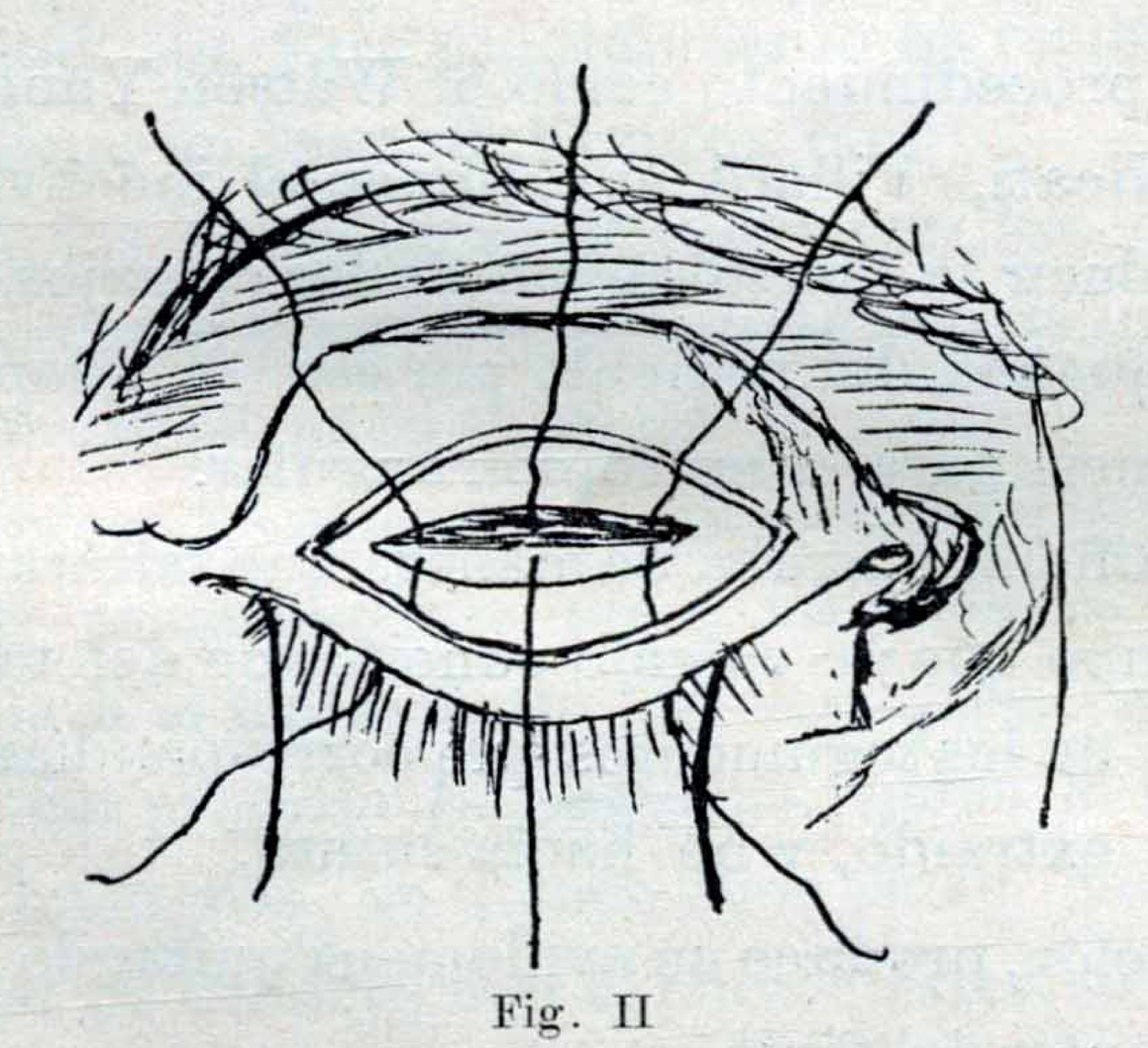


Fig. II

Gayet hace una autoplacia á emplearse sobre todo en los entropiones internos y externos.

La operación comprende tres tiempos.

En el primero se hace una incisión oblícua que interese además de las partes blandas, al cartílago, haciendo así dos láminas, una anterior que contiene una porción triangular del cartílago tarso, las pestañas, el músculo orbicular y la piel; la lámina

posterior comprende la parte posterior del cartílago tarso y la conjuntiva.

En el segundo tiempo de la operación diseca el colgajo tanto más ancho cuanto más atrofiada y reducida sea la margen ciliar. En el último tiempo se hace la introducción y fijación del colgajo en la hendidura, siendo imprescindible que en el labio posterior de la incisión no existan bulbos ciliares; es necesario también fijar bien el colgajo transplantado.

Este procedimiento como el Watson-Yunge, Dianoux, Nicati, Villard, etc., tienen el inconveniente de producir la mortificación de los colgajos, debido á la pequeñez del pedículo por eso se adoptan de preferencia para el entropión angular.

Streaffield, operaba de manera que faltara al mismo tiempo que un colgajo cuneiforme del tarso, la porción de los tegumentos que correspondían á este colgajo extraído, y no hacía sutura.

Masselón, produce un evidement quitando las partes salientes del tarso.

Kronis formaba una gotera quitando pequeñas laminillas.

Panas, con su método hace la operación en cuatro tiempos; en el primero, hace una incisión horizontal á 5 milímetros por encima del borde libre, que va de la comisura externa al punto lacrimal. En el segundo tiempo, diseca el labio inferior hasta el bulbo ciliar y el labio superior hasta la aponeurosis

tarso orbítaria. El tercer tiempo comprende la incisión del tarso, hasta la conjuntiva inclusive y constituyendo el cuarto tiempo hace las suturas, pasando arriba en el ligamento superior y abajo detrás de las pestañas; los hilos levantan el colgajo inferior y las pestañas hacia el colgajo superior; los anuda y pega los hilos con colodión en la frente.

Para el pápado inferior las incisiones son verticales en los límites del entropión y unidas por una horizontal, etc. Este procedimiento ha recibido modificaciones de Inanoff, Frantas, etc.

Pero los resultados obtenidos con los métodos anteriormente expuestos, son inseguros; la inversión anormal del párpado se repite.

Exprofeso he reservado para el último la descripción del procedimiento que á mi juicio es el más eficaz para el tratamiento del entropión cicatricial y es el del profesor P. Lagleyze, quien lo practica desde hace más de quince años en su clínica del Hospital de Clínicas con el mayor éxito, siendo desconocidas las recidivas con su método.

Técnica.—La anestesia se hace mediante la instilación de unas gotas de solución de cocaína en la conjuntiva palpebral, é inyección de la misma solución bajo la piel del párpado á operar.

Los instrumentos necesarios son un porta agujas, un bisturí, una tijera y un hilo de seda enhebrado en un número variable de agujas curvas de unos tres centímetros de largo cada una.

Para el entropión total se emplean 5 ó 6 agujas; para el entropión parcial se disminuye el número proporcionalmento á la extensión del entropión.

Después de la asepsia de la región se procede de la siguiente manera:

Primer tiempo.—Inversión del párpado de modo que el borde superior del tarso se presente fácilmente en el campo operatorio.

Segundo tiempo.—Penetración de las agujas en la conjuntiva á nivel del borde superior del cartílago tarso; se introducen en seguida las agujas resbalando entre el fibro-cartílago y la piel, en el tejido celular y en el músculo orbicular para salir por el borde libre palpebral.

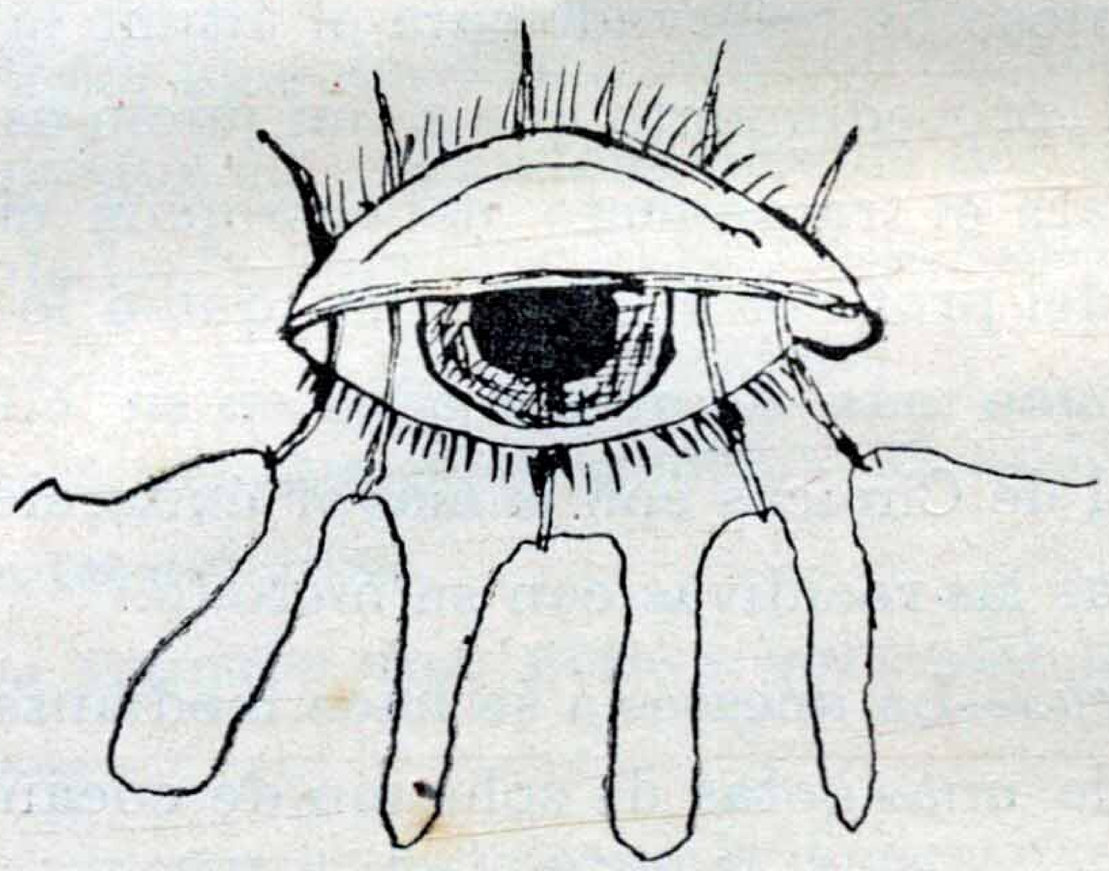


Fig. III

Tercer tiempo.—Incisión de la conjuntiva y del tarso paralelamente á su borde, á tres milímetros casi del borde libre y de una extremidad á otra si se trata de un entropión total.

En los entropiones parciales se hará una incisión proporcional á la extensión de la deformidad, prolongando siempre la incisión más allá de los límites del entropión. La incisión es hecha con el bisturí á fondo, hasta las agujas y no se olvidará que el éxito depende en gran parte de una buena división del tarso.

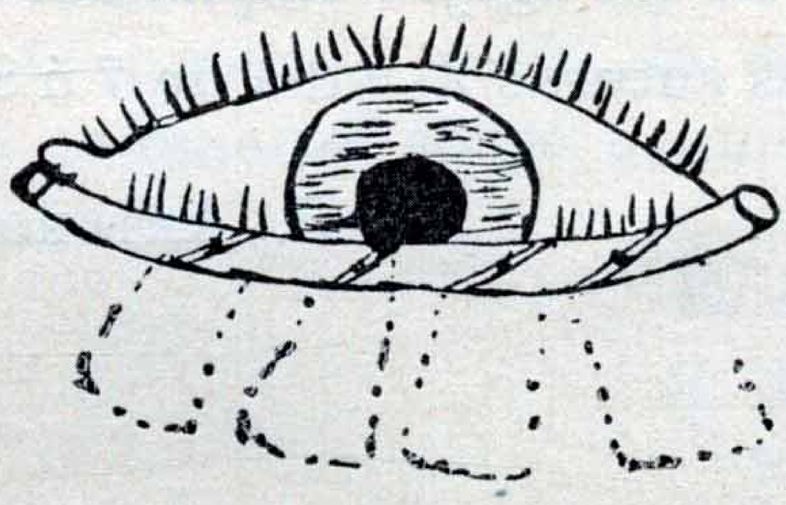


Fig. IV

Cuarto tiempo.—Se concluye de pasar todas las agujas y por tracciones ejercidas sobre cada una de ellas se pone bien en contacto las ansas, con la cara profunda de la conjuntiva.

Inmediatamente de retiradas las agujas, el párpado vuelve á su posición primitiva.

Los cabos de los hilos que salen del borde palpebral deberán ser separados de modo á obtener cinco ansas, si se ha empleado seis agujas y los cabos que corresponden serán respectiva y fuertemente apretados sobre un pequeño rollo de gasa.

Gracias á esta precaución el borde libre no se altera; las suturas no se pierden en medio de los tejidos ulcerados y podrán ser sacados fácilmente.

Se tiene también la ventaja de conseguir un enderezamiento por una acción más uniforme sobre toda la longitud del párpado, lo que no tiene lugar con la sutura á puntos separados y apretados directamente sobre el borde palpebral.

Las ventajas de esta sutura se deben á que las ansas se siguen sin solucion de continuidad en número igual al de las agujas empleadas menos una.

Se sacan las suturas al cabo de 7 ú 8 días.

J. Arturo Larralde

Buenos Aires, Octubre 21 de 1910

Nómbrase al señor Consejero Dr. P. Lacavera, al profesor titular Dr. Lagleyze y al profesor suplente Dr. Moret, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón
R. S. Gómez
Secretario

Buenos Aires, Noviembre 5 de 1910

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta n.º 2255, del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón
R. S. Gómez
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Profilaxia de la conjuntivitis granulosa; medidas que deben aplicarse entre nosotros.

II

Patogenia del entropion consecutivo al tracoma.

III

Indicaciones de la epilación y de la destrucción de los bulbos pilosos por electrolisis.