

ver el estorbo, explican el desprendimiento del miembro y el hundimiento del parietal, que simulaba una perforación.

Hechos como el que acabo de referir nos traen más de una enseñanza, y aunque no son frecuentes en México, no dejan de presentarse, y bueno es acopiar estos datos que nos pueden servir de guía en los que en lo porvenir se nos presenten.

México, 30 de Junio de 1897.

M. S. SORIANO.

---

## OFTALMOLOGIA.

### Modificación á la operación de la ptosis.

La paresia ó paralización del músculo elevador del párpado superior constituye la *blefaroptosis* ó simplemente *ptosis*, que se presenta á diferentes grados, según la mayor ó menor lesión del músculo.

Además del defecto estético que debe tomarse en seria consideración, produce una dificultad marcada á la visión y un cansancio muy molesto al paciente que para abrir una hendidura en sus párpados, necesita contraer fuertemente su músculo frontal, y para ver menos mal, abate los globos oculares y extiende forzosamente la cabeza.

Como siempre que se trata de la paralización de un músculo, la causa está en la degeneración del músculo ó en el nervio que lo mueve, afectado en su porción central ó periférica.

Pocas veces podemos obrar sobre la causa; la mayor parte de las veces tenemos que dirigirnos á corregir el defecto por la intervención quirúrgica. Teniendo que substituir el músculo paralizado por el frontal que es cutáneo, lo primero que se ocurre es disminuir la extensión del párpado en altura, para que sea más eficaz su acción: para esto, se reseca una porción de piel de forma elíptica, se

sutura y después de la cicatrización se ve corregido el defecto; pero además de que esta operación sólo estaría indicada en los casos muy ligeros, con el tiempo, vista la flojedad del tejido celular y la elasticidad de la piel en esta región, vuelve á tomar su extensión primitiva y á reproducirse el defecto.

Para obviar este inconveniente, Boucheron y Gillet de Grandmont, disminuyen la altura del párpado en todo su espesor, resecaando una parte del tarso, consiguiendo al quitar algunas fibras del orbicular, debilitar este antagonista del elevador. Este procedimiento deforma el párpado y no evita la enérgica contracción del músculo frontal, necesaria para abrir los ojos.

Dransart forma unos tendones artificiales con tejido cicatricial desde el borde del tarso hasta la ceja, mediante unas asas de catgut que hace pasar entre el cartílago y el músculo, y más radical, el Profesor Panas, introduce el colgajo inferior de la herida palpebral entre el tejido cutaneo-muscular superior, disecado á manera de un puente, para fijarlo á la ceja, haciendo más eficaz así la contracción del músculo frontal. Este procedimiento expone al ectropión, y puede llegar á corregir exajeradamente la ptosis.

Montais y Parinaud susbtuyen la acción del músculo elevador con la del recto superior, que tiene con aquél, relaciones fisiológicas indiscutibles. El primero, procede tomando una lengüeta del tendón del músculo recto superior, é insertándola en el tarso. El segundo, tomando en una puntada cápsula y tendón, y haciendo pasar el hilo por el párpado, anuda el punto al borde ciliar.

Ambos procedimientos son evidentemente muy científicos y fáciles de ejecutar; pero yo he temido que la diplopía temporal que sus autores confiesan, pudiera llegar á ser definitiva, operando en un solo ojo, ó desigualmente en los dos; pues no hay duda que dicho músculo debilita su acción motora sobre el globo.

Queda el procedimiento de Darier, consistente en la substitución de las fibras atrofiadas del elevador por fibras vigorosas del orbicular, ayudadas del músculo frontal.

En la sesión del 6 de Julio último, en la Sociedad de Oftalmología de París, describió la operación de la manera siguiente:

Se hacen dos incisiones que circunscriben un colgajo ovalar de tres milímetros de ancho y de toda la longitud del párpado superior; estas incisiones comprenden la piel y el tejido celular; se re-

seca el colgajo con cuidado para dejar intacto el músculo subyacente, y se corta en dos partes este músculo. Se hace después una incisión en la ceja, como de dos centímetros y se despega la piel de arriba hacia abajo hasta llegar á la herida del párpado, y con una pinza se hace pasar debajo de este túnel, cada porción de músculo cortado, fijándola en el labio superior de la herida de la ceja y de su lado respectivo. Después se cortan las otras dos extremidades que aún estaban adherentes y se ñjan en el labio superior de la herida palpebral del lado correspondiente. Se suturan las heridas y se cura.

Darier tiene la esperanza de que estas fibras conserven sus propiedades contráctiles y sirvan ahora para abrir los párpados, cuando antes los cerraban, creyendo poco probable su atrofia.

Confieso que este procedimiento me sedujo desde que lo leí; pero el porvenir de las fibras me inquietaba algo más que al Sr. Darier, y fué por esto por lo que modifiqué su procedimiento del siguiente modo:

La escisión de la piel del párpado, la incisión de la ceja y la formación de las lengüetas musculares como lo practica Darier; pero en vez de insertar la extremidad primitivamente libre de la lengüeta en el lado correspondiente de la herida de la ceja, la inserto del lado contrario; de modo que ambas se cruzan en lugar de quedar paralelas; esto disminuye su longitud y las desaloja lo menos posible de su primera posición; en segundo lugar, no separo estas lengüetas de su inserción tendinosa, sino que simplemente paso un hilo en su base y la uno al labio inferior de la herida palpebral, lo que disminuye las probabilidades de atrofia.

Este procedimiento fué puesto en práctica en el enfermo, de la siguiente observación, y como el resultado fué enteramente satisfactorio, creo de mi deber dar cuenta de esta modificación operativa, al primer Cuerpo Médico de la República, para que se digno tomarlo en consideración, si es que lo merece.

#### OBSERVACION.

El Sr. Don Francisco Domínguez, cura de Tizayuca, Estado de Hidalgo, como de 30 años de edad, fué atacado de conjuntivitis granulosa hace dos años, y poco á poco, de prolapsus de los párpados superiores.

Consultó á mi maestro el Sr. Dr. Ramos, quien atendió la conjuntivitis desde luego, aplazando el tratamiento de la ptosis para cuando aquella estuviera curada. El tratamiento fué eficaz y cedió la conjuntivitis; pero los párpados quedaron tan caídos, que en la parte más extensa de su abertura, solo medía tres milímetros, por lo que el paciente estuvo mucho tiempo sin poder leer.

En estas condiciones estaba, cuando sufrió el Sr. Dr. Ramos el accidente que le privó de sus ocupaciones por más de dos meses, encargándome la curación del padre Domínguez.

Puse en práctica el procedimiento modificado que he descrito y cuyo resultado vió ya mi mencionado maestro.

México, Noviembre 16 de 1897.

DR. EMILIO F. MONTAÑO.

---

### DICTAMEN

de la Sección de Oftalmología sobre el escrito del Sr. Dr. Emilio F. Montaña.

La sección de Oftalmología, conforme á lo dispuesto en el artículo 7º del Reglamento, tiene la honra de presentar su dictamen sobre la importancia del trabajo presentado á la Academia por el Sr. Dr. E. F. Montaña, y sobre si se debe ó nó publicar.

La Memoria del Sr. Montaña es ya conocida de los Sres. Académicos y se refiere á una modificación propuesta é ideada por el autor, al procedimiento de Darier para corregir la ptosis. En la Memoria se describe el procedimiento de Darier y la modificación del Dr. Montaña, precediendo á estas descripciones algunas consideraciones sobre la ptosis y sus procedimientos operatorios, con algunas de las cuales la comisión dictaminadora no está enteramente de acuerdo con el autor.