

**Contestación a la memoria de ingreso del Dr.
Antonio Torres Estrada**

POR EL DR. RAFAEL SILVA

SEÑORES ACADEMICOS:

Por acuerdo del señor Presidente de esta Corporación y de conformidad con el inciso VIII, Art. 6º del Reglamento, he sido nombrado para contestar la memoria de ingreso presentada a esta Academia por el señor Dr. D. Antonio Torres Estrada, titulada: «Condiciones que debe llenar la sutura en el avance muscular».

Dicha memoria consta de 14 páginas, siete esquemas y 10 fotografías de cinco operados, antes y después de la intervención.

Comienza el trabajo por una somera descripción histórica del avance muscular, señalando a Jules Guerin como el iniciador del método, así como Critchett, Wecker y Lagleyze, como los que metodizaron la operación y precisaron sus indicaciones. Yo me permito recordar, con el mayor respeto y cariño, al inolvidable Landolt, quien fué de tal modo defensor del avance y detractor de la tenotomía que ha sido llamado, con justa razón, el apóstol del avance muscular.

Declárase, el ponente, partidario del avance muscular propiamente dicho, o sea, «la reinserción del músculo adelante de su inserción natural a la esclerótica»; menciona las demás operaciones congéneres, tales como el avance cápsulo-muscular y el acortamiento por resección del músculo y determina las indicaciones respectivas de dichas operaciones, o de su asociación con la tenotomía o el alargamiento del músculo desviado, en uno o en ambos ojos, sujetándolas a cada caso especial, sin sistematizar la técnica a determinada operación, toda vez, dice, «que se obtienen resultados distintos en cada una de ellas y que las indicaciones que corresponden a un enfermo no siempre corresponden a los demás».

Hace hincapié en seguida, en que a pesar de que la mayoría de los cirujanos son partidarios del avance, la cantidad de procedimientos es tan

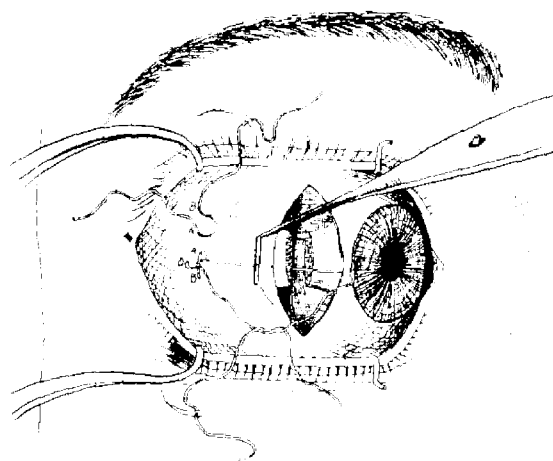
numerosa, que demuestra que hay siempre una cierta dificultad de realizar la idea y la causa de esto, según el autor, reside en la sutura del músculo principalmente y, para mí, en la sutura de anclaje o de reinserción.

Después de varias consideraciones, llega a la conclusión de que son tres las indicaciones capitales para fijar el tendón: 1ª—Los hilos de sutura serán perpendiculares a la dirección de los haces musculares; 2ª—La reinserción no deberá hacerse tomando como punto de apoyo la conjuntiva o el tejido epiescleral, sino que se hará en plena esclerótica o bien sobre la porción del tendón que ha quedado adherida al globo ocular, después de la desinserción del músculo; 3ª—Las suturas tomarán pequeñas porciones de tendón y nunca estará la totalidad de éste comprendida en ellas, ni deberán estrangular dichas suturas los tejidos. Recomienda, por último, comprender la cápsula de Tenon en la sutura.

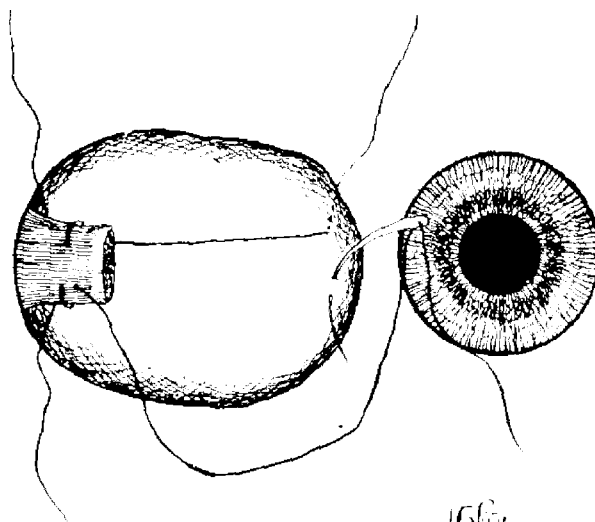
Hace una aclaración de la terminología empleada y pasa en revista, algunos procedimientos según los cánones enunciados, para aquilatar su valor práctico citando las operaciones de Wecker, Landolt, Lapersonne, Lagleyze, Terrien, Noyes, Fromaget, Kalt, Ziegler, Valude y Worth. Se fija en los procedimientos de Worth y de Lagleyze, tomando de cada uno de ellos lo que le parece útil; y modificando el primero según la crítica que de él hace, presenta un «método» (una operación diría yo) que, según el autor, lo ha empleado desde hace ocho años, pudiéndose ufanar de que todo el tiempo que lo ha usado no le ha dado un fracaso operatorio.

La intervención la conozco personalmente y la considero útil y práctica; pero estoy obligado, muy a mi pesar, a hacer unas rectificaciones a un trabajo de ingreso a esta H. Academia, sintiendo que no fueran tres los miembros encargados de dictaminar este género de trabajos, sino una sola persona en quien recaer la doble responsabilidad de ser justo y honrado en su juicio y de no olvidar de cuidar por el mejor renombre de nuestra Corporación.

En el trabajo asienta el autor, en la técnica que acaban ustedes de oír, que encuentra defectuoso el procedimiento de Worth, porque en él se toma en la sutura la mitad del músculo, es decir, que todo el cuerpo del tendón queda ligado por las dos suturas musculares, lo que predispone a la esfasele del tendón y a perder ese punto de apoyo importantísimo. Ahora bien, en ninguno de los tratados clásicos, he encontrado esa afirmación, sino que se especifica que en cada sutura se toma la cuarta parte de la anchura del músculo, o lo que es lo mismo que se comprende la mitad del músculo en las dos suturas, exactamente como en la técnica preconizada por el Dr. Torres Estrada; lo que demuestra que no hay esa modificación que pretende, ni mucho menos la incriminación hecha injustificadamente al procedimiento de Worth. Jackson, uno de nuestros mejores escritores



Operación de Worth.



JGfca

Operación de Molloy

americanos, comentando la literatura del avance muscular, dice: «la idea de designar según el nombre del que propone alguna variante en el modo de hacer un avance muscular, es una fuente de confusión». Esta idea se encuentra corroborada en el trabajo del Dr. Torrrs Estrada; pues compara los procedimientos de Worth y de Lagleyze, diciendo que la sutura de anclaje (permítaseme la expresión) es mucho mejor en el de Lagleyze, siendo, por lo contrario, superior la sutura muscular del de Worth. Esto último lo acepto desde luego; pero hay que hacer, en mi opinión, un distinguo y es que en el procedimiento de Lagleyze se trata de un avance capsular, con pliegue muscular y por lo tanto, no fija el cuerpo muscular con la idea de mutilarlo después. Esta falta de sección del músculo, hace que estos avances capsulares, como los llamaba Wecker, en realidad cápsulo-musculares y de acción muy débil, se distingan de los procedimientos con sección del músculo o avance muscular propiamente dicho, como el de Worth, aunque en realidad haya que recordar lo que exclamaba Landolt a este respecto: «claro está, y así lo hemos repetido en todas nuestras publicaciones, que avanzamos no sólo el cuerpo muscular sino también los tejidos que lo rodean». Por lo expuesto, se ve que no radica en las puntadas la base fundamental de la diferencia entre los dos procedimientos, sino en la sección muscular o la conservación del músculo en cada uno de ellos, por lo que no son comparables entre sí. Hubiera sido preferible comparar la operación de Worth y la de Stevenson, ésta última, de igual sutura de anclaje que la de Lagleyze.

Además, si se estudia el trayecto de los hilos de anclaje en los procedimientos de Lagleyze y de Worth, se verá que es semejante y que salidos ya en la cercanía de la córnea, la diferencia estriba en que en uno se enlazan transversalmente y en el otro, se enlazan en sentido anteroposterior; pero esta última parte de su trayecto es extraconjuntival, siendo el punto de polea el mismo para ambos.

El postulado de que deben de insertarse los hilos en la esclerótica lo realiza con dificultad, como en todos aquellos que obran en dirección anteroposterior o sea paralela a la dirección de las fibras de la esclerótica y es necesario llegar al estudio de otros procedimientos, por desgracia no designados en la memoria, a pesar de su importancia, como el de Motais, modificado por Sauvinau, el de Møller y el de Elschnig, etc., para ver lo que debe de entenderse por anclaje escleral; pues en ellos sí hay el mayor apoyo en las fibras de la esclerótica por ser perpendiculares los hilos a la dirección de sus fibras y el punto de anclaje es tan importante, que ha habido autor como Denig, que no ha retrocedido en implantar sus hilos en la pared de la cámara anterior, atravesando todo su espesor.

La diferencia entre los procedimientos de Lagleyze y de Worth y el

que se nos presenta a nuestro estudio, reside también en el número de hilos: uno para el de Lagleyze, dos para el de Worth y cuatro para el de Torres Estrada; en que los dos primeros usan dos hilos de anclaje, mientras que Torres Estrada usa cuatro anudados dos a dos. Ninguno de ellos puede exhibir, como timbre de gloria, el que su anclaje sea escleral tipo y los tres son del grupo de los que obran paralelamente a la dirección del músculo. Como se ve, lo más difícil de la operación no reside en la prensión sobre el músculo, pues basta un nudo o asa transversal para lograrlo, si no en el anclaje, punto de escollo a pesar de que todos pretenden que lo hacen debidamente; pero sólo en la sutura transversal de la esclerótica, en el tendón de otros de los músculos del ojo, o en el muñón del músculo cortado, se encuentran los únicos puntos de seguridad para ello.

La clasificación que he encontrado útil para comprender las diversas operaciones del método de avance muscular es la de Elschmig, primero: según la dirección de los hilos, paralela u oblicua a la dirección del eje muscular o mixta y segundo: según el número de hilos. Sólo así se pueden comparar operaciones y procedimientos del método entre sí.

El grupo de operaciones que obran por medio de hilos en dirección paralela a las fibras musculares son: 1º—con un hilo: operación de Williams, de Jackson, Verhoeff, Stevenson, la muy recomendable de Motais y quizás la de Bielschowsky. 2º—con varios hilos: operaciones de Critchett, de Schweigger, de Worth, de Brooksbank James y de Meller, esta última como puente de paso a los procedimientos mixtos con hilos paralelos y oblicuos al eje del músculo, que aprovechan las ventajas del procedimiento con un hilo oblicuo (operación de Weber, de Frolich, de Beard, etc.), o del de varios hilos oblicuos (como las operaciones de Wecker, la de Landolt, etc.), asociándolos con las ventajas de los procedimientos de hilos paralelos ya mencionados, originando operaciones muy interesantes como la de Wootton, de Weekes y la de fama mundial, de Elschmig, etc., etc.

Paso a describir la operación de Meller y la de Brooksbank James, para terminar la discusión del tema presentado. Meller hace una incisión horizontal de la conjuntiva, arriba y abajo pero por medio de una asa, asa perpendicular a la dirección de las fibras musculares y los dos hilos toman paralelamente un punto de apoyo en la esclerótica por medio de una sutura transversal como de dos milímetros en el espesor de la membrana, paralela al limbo de la córnea, para seguir abajo de la conjuntiva y salir oblicuamente cerca del limbo y cerca del diámetro vertical de la córnea, para anudarse las dos extremidades correspondientes de cada hilo y mantener el músculo en su nueva posición. Esta operación tiene un magnífico punto de apoyo muscular y sobre todo, un inmejorable punto de anclaje escleral reforzado por todo el punto de apoyo conjuntival. La operación de James se

hace con cuatro hilos del modo siguiente: después de la incisión conjuntival y de tomar el músculo con una pinza de Prince y separarlo de su inserción, se introduce una aguja enhebrada al ras de su borde inferior, a través de la conjuntiva y de la cápsula y llegando a dos milímetros de distancia de la córnea, se introduce verticalmente en plena esclerótica, perpendicularmente a la dirección de sus fibras, en una extensión como de dos milímetros, para volver a recorrer horizontalmente el mismo trayecto anterior, en sentido inverso y atravesar finalmente el músculo, la cápsula y la conjuntiva paralelamente a su punto de entrada. Igual cosa se efectúa con el hilo superior. Cortado el músculo con su pinza, se anudan los hilos, los dos superiores y los dos inferiores respectivamente. Como se ve esta operación y la propuesta por el Dr. Torres Estrada es idéntica en acción, perteneciendo al mismo grupo: procedimientos con varios hilos de dirección paralela a las fibras musculares y aun tienen ambas, exactamente el mismo número de hilos, sólo que lo que gana ésta en cuanto a su apoyo muscular, la gana la otra en cuanto a su punto de anclaje transversal en el espesor de la esclera y no solamente transversal sobre la conjuntiva.

En resumen: las operaciones de Worth, por consiguiente la propuesta por el Dr. Estrada, así como la de Meller, tienen una superioridad por su acción sobre el músculo; las operaciones de Meller y de Brooksbanks James, son superiores por su anclaje escleral, perpendicular a la dirección de las fibras de la esclera; las operaciones de James y de Torres Estrada son más seguras, quizás por ser cuatro los hilos en vez de dos.

Queda abierta todavía la discusión de si los procedimientos de hilos de acción paralela al músculo, son iguales o inferiores en acción a los hilos de dirección oblicua, como lo sostiene Beard, tema que propuse para su estudio cuando fui Presidente de la Sociedad de Oftalmología.

Si así fuera, cabría emplear los nudos dobles de Worth y Torres Estrada, pero sin cortar igualmente los dos cabos de la aguja, sino dejando uno largo y el otro corto, que serviría para quitar la sutura más tarde. Anudar los dos hilos largos centrales entre sí y dejar los largos periféricos para que a la manera de Landolt, salieran oblicuamente cerca del limbo y de su diámetro vertical y fueran a reflejarse y venir a unirse a los hilos largos que soportaban la aguja después de haber hecho el doble nudo de fijación muscular. Esta operación se aproxima en su acción a la de Elschnig, hecha con seis hilos, pero sería más fácil de ejecución.

He aquí por qué creo recomendable la operación de Torres Estrada, como las otras que hemos discutido y que pertenecen al mismo grupo.

Por lo demás este trabajo, como otros de la misma pluma, tienen el sello de la comprensión del fondo del método, cosa tanto más de admirar, cuanto que el autor es hijo exclusivo de nuestro medio científico y en él ha

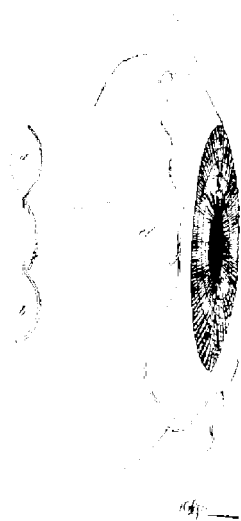
llegado a darse a conocer por su laboriosidad y dotes personales, como lo demuestran las fotografías de los enfermos en los que ha visto coronados sus esfuerzos por un buen éxito profesional.

México, marzo 30 de 1927.

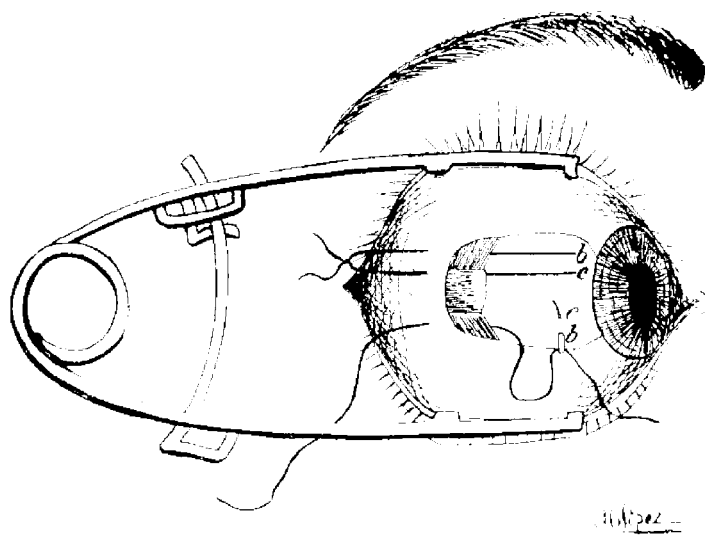
A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Rafael Silva', with a long horizontal flourish extending to the right.

BIBLIOGRAFIA

- A. Elschmig, Augenärztliche Operationslehre.—1922.
Wood.—a System of Ophthalmic Operations.
The American Encyclopedia of Ophthalmology.—Cleveland Press.
Lagrange & Valude.—Encyclopedie Francaise d'Ophtalmologie, & &.



Operación de Stevenson.



Operación de Broadbent-James.