



GRUPO HISTORIA Y HUMANIDADES EN OFTALMOLOGÍA



Blefaroplastia en Alándalus, s. XI al s. XIV

Dr. Fathi Diab Haggi (Madrid)¹

Es un honor para mí, el haber sido designado para la conferencia de hoy. He de confesarles que en nuestra última reunión en Murcia fui el primer sorprendido cuando el Dr. Cotallo anunció, que la conferencia de este año correrá a mi cargo. Espero que la exposición que voy a desarrollar ante ustedes esté a la altura de la confianza que se depositó en mí.

El Tema elegido tiene por título “Blefaroplastia en Alándalus siglo XI-XIV” y su contenido es una elaboración directa de las propias fuentes históricas, contrastando los escritos originales de destacadas figuras representativas de la medicina de la época, desde los escritos decididamente quirúrgicos de 'Abū Alqāsim, s. XI, a los más clínicos de Ibn Zuhr, s. XII, pasando por el enciclopédico Alġāfiqī, 2.^a mitad del s. XII, y llegando hasta el tardío tratadista Ibn Aljaṭīb s. XIV. Sus actuaciones abarcan desde el puramente conservador tratamiento farmacológico y el depilatorio, pasando al cauterio y las férulas de isquemia hasta llegar a las incisiones y cortes.

Antes de entrar en materia, y a modo de introducción justificaré los términos escogidos del título. Empezaré primero con el término Alándalus. El título podría haberlo formulado con otros términos, por ejemplo: “Blefaroplastia en la España Árabe o Hispano-Árabe”; o este otro “Blefaroplastia en la oftalmología árabe en la Península Ibérica”. El término “árabe” es, además de inapropiado y desproporcionado, es confuso. Mientras que el término Alándalus, o Andalusí es más ajustado y exacto incluso más ecuánime que el término “hispano-musulmán”, “hispano-cristiano”, “hispano-judío”.

¿Qué argumentos justifican la elección del término Alándalus?

Alándalus es un hecho histórico que define un territorio geográfico y constituye un largo periodo de la historia de la Península Ibérica. Comprende desde el año 711 d.C. hasta la Capitulación de Granada 25-Noviembre de 1491, proclamada públicamente los días 1 y 2 de Enero de 1492, fecha que determina su final político, puesto que desde el punto de vista social, pervive y no sin dificultades, hasta la expulsión de los moriscos entre 1609 y 1615. Es decir, un periodo histórico que comprende más de 8 siglos de historia que ha marcado la evolución histórica de la Península de tal modo que la historia de España y Portugal no se entendería sin él. Américo Castro citando a Vicens Vives concluye que Alándalus no supuso un artificio sino una realidad que durante siglos representó el centro de gravedad de la Península.

Alándalus fue una realidad social mediterránea, un modo de ser propio. El estrecho de Gibraltar, de allí su valor, funciona como puente de irradiación cultural para fenicios, griegos, romanos y musulmanes. Aquí la herencia oriental se transformó y tomó un espíritu y forma peculiar propios que dio a los habitantes de Alándalus su verdadera fisonomía original. A

¹ FEA del Servicio de Oftalmología. Anejos oculares. Hospital Universitario La Princesa. Cofundador del Grupo de Historia y Humanidades en Oftalmología.



GRUPO
HISTORIA Y HUMANIDADES
EN OFTALMOLOGÍA



pesar de su apego a su tradición oriental, fue sin duda la vecindad del Occidente Cristiano que pesó y condicionó infinitas veces sobre sus destinos políticos, su medio social y su cultura. Es innegable el carácter mestizo de las formas de vida y de pensamiento que al cabo de los siglos de simbiosis sin igual con aportaciones de todos sus habitantes, creó formas de vida y cultura tan características y singulares que toda la población independientemente de su credo religioso, reconocieron como signos inequívocos de su identidad social. La tragedia morisca del siglo XVI mostró el profundo enraizamiento de dicha población que se sentía tan identificada con esta tierra y la consideraba tan propia como los reconquistadores. Simbiosis, transformación y creación cristalizaron Aláandalus que se proyectó sobre Occidente contribuyendo a su renovación cultural, por esto el crítico historiador Claudio Sánchez Albornoz llega a decir “No cabe negar que mientras Europa yacía desmedrada, misérrima espiritual y materialmente, los españoles islamizados crearon una civilización y una economía esplendorosa Una cultura adaptada a su genio ... y siglos antes de que el Renacimiento hiciese brotar de nuevo las fuentes semiexhaustas de la cultura clásica, fluía en Córdoba y corría hacia el resto de Europa el río caudal de la más rica civilización que conociera el Occidente durante la Edad Media”.

Aláandalus del siglo XII llevaba siglo y medio de adelanto cultural a Europa. Sin embargo en el siglo XV no solo había perdido esta ventaja sino que el retraso respecto a Europa era de siglo y medio.

El término árabe tiene dos vertientes: el árabe como indicativo de raza y el árabe como expresión lingüística. Mientras que el vocablo musulmán señala la pertenencia a una fe religiosa, el Islam, independientemente de raza, idioma y nacionalidad. El número de musulmanes en el mundo de hoy supone 1/5 parte de la población mundial y el número de musulmanes árabes no supera el 20% de todos los musulmanes. ¿Todos los árabes son musulmanes? pues el 95% si, pero no puede desconocerse que hay un 5% de árabes no musulmanes, mayoritariamente cristianos y una minoría hebrea.

Esta distribución de los árabes dentro de los musulmanes tiene cierta similitud con la distribución de los árabes en la Península Ibérica. Aquí, en el siglo VIII existía una población cristiana de 5.481.730 en su mayoría de procedencia hispana romanizada y una minoría de origen germánico que no supera el 2% es decir unos 115.000, además de una minoría social sometida y no asimilada de 150.000 judíos. Estos datos están obtenidos por extrapolación realizada en 1977 por Domínguez Ortiz y J. Nadal fundamentada en el estudio del Censo de Castilla del secretario Alonso Quintanilla de 1492 congruente con el 1º censo español 1492-1768 y con el estudio de Lacarra y Torres Balbás sobre la superficie urbana de ciudades medievales.

Las expediciones musulmanas, como todos los historiadores reconocen, llegaron en oleadas sucesivas pero muy poco numerosas. En Abril-Mayo del 711 Ṭāriq desembarcó al oeste del monte Calpe, hoy Gibraltar, y estableció una cabeza de puente, en la que hoy es Algeciras, con 7000 hombres casi todos bereberes del norte de África. Al conocer que el ejército de Roderico venía a su encuentro reclamó refuerzos a Mūsa que le envió 5000 hombres más que en su mayoría, también, bereberes. Ambos ejércitos entraron en batalla el 19 de Julio de 711. Así pues Ṭāriq inicia la conquista de la península con un ejército de bereberes y libertos en el que había muy pocos árabes. Un año después Mūsa cruza el estrecho con 18.000 hombres en su mayoría árabes. Treinta años después, 741, el ejército de Blaj enviado desde Damasco para



GRUPO
HISTORIA Y HUMANIDADES
EN OFTALMOLOGÍA



sofocar una rebelión bereber contaba a su llegada a la península con 8.000 hombres árabes, llamados los “*Sirios*”, y 2.000 libertos. La última oleada fue en 757, tras la caída del Califato de Oriente, unos 5.000 árabes en su mayoría clanes familiares Omeyas y simpatizantes fueron atraídos por la restauración de su nuevo poder omeya por ^cAbd Alrĥmān I.

Así pues, sumando todas las aportaciones de masas humanas, árabes y bereberes juntos, alcanzarían una cifra de 40.000 que para Sánchez Albornoz es una cifra muy generosa pero claramente una cantidad mínima como dice Américo Castro, y no representa más que una oligarquía dentro de los 5.5 millones de hispanos, es decir un 0,7%, mientras que el porcentaje de árabes de raza no supera el 0,5%. Por lo tanto son, sin duda, pocos para que pudieran pesar en el equilibrio racial de la población autóctona. El registro de linajes de origen oriental asentados en la Península, realizado en el siglo XI, tres siglos después, por el genealogista Ibn Ĥazm no pasaba de 73 linajes.

Tras la campaña de ocupación, los soldados hubieron de vivir ... pero ... no trajeron carros sino caballos, arneses y no mujeres. Las mujeres bereberes y sus hijos solo tenían que atravesar el estrecho, mientras que las árabes de oriente debían de ser pocas por la distancia. Así pues, los hombres tomaron aquí sus parejas puesto que los matrimonios mixtos eran válidos y canónicos y comenzaron conviviendo en buena relación con todos los pobladores de la península. ^cAbd Alrĥmān III su madre, Muzna, era una cautiva vascona como lo había sido su abuela Iñiga; de una y otra debía proceder el rubio intenso de sus cabellos. ^cAbd Alrahmān Sanjul, Sanchuelo, es hijo de Almanzor y nieto de Sancho Garcés II Abarca gobernador de León. La hija de este ^cAbdah no fue la única princesa cristiana casada con gobernante musulmán. Esto, a gran escala, iba a producir una nueva generación que al cabo de largos años iba diluyendo el rasgo árabe, bereber, e incluso hispano convirtiéndole en andalusí.

Sin embargo los lazos matrimoniales no explican por sí solos toda la realidad andalusí. Hay que añadir y subrayar el fenómeno de trasvase entre la población autóctona y la ocupante mediante el fenómeno de conversión. Estos nuevos conversos, llamados muladíes, iban a formar la gran base de sostén de Alándalus y la capa social más numerosa. Se distribuían en todas las regiones tanto en urbes como en tierras fronterizas, ocupaban todos los status y clases sociales y los hubo, incluso, visires, ulemas, médicos de palacio, jueces, gobernadores, esotéricos y sufíes. Los notables andalusíes: letrados, excepcionales artesanos, ricos comerciantes y grandes terratenientes, puede que haya entre ellos algunos de procedencia árabe y constan varios bereberes; pero en su mayoría eran muladíes. Esta clase social permaneció invariable tras la caída de la monarquía Omeya y pervivió hasta finales de Alándalus.

Estos Muladíes al formar parte de la nueva sociedad se adaptaron a la nueva situación de diferentes maneras según Cruz Hernández:

1. Conservaron sus apellidos, sus patronímicos transliterándolo al alifato árabe: Banū Carlomān, Banū Saverico, Banū Martín.
2. Tradujeron su nombre latino o romance al árabe, Alramādī es decir Ceniza.
3. Tomar los patronímicos de bereberes o árabes a cuyo patronazgo se habían acogido: Banū Masarra.



GRUPO
HISTORIA Y HUMANIDADES
EN OFTALMOLOGÍA



4. Transformar el apellido o nombre mediante el aumentativo hispánico “On”: Banū Fortūn, Banū Galbūn, y el biconverso Ibn Ḥafsūn.
5. Inventar altas alcurnias: Banū Ḥazm.

Así pues, no podemos juzgar como árabes de raza quien a simple vista su nombre está configurado con letras de alifato árabe:

Ibn Alqutiya fue historiador; su nombre significa “el hijo de la goda”, Sara, nieta del penúltimo rey godo Witiza.

Mūsa Ibn Mūsa gobernador de la región de Tudela y Arnedo, de origen godo de Banū Qāsī descendiente del Conde de Fortun hijo de Casius.

Ibn Kardabū historiador hijo de Witiza.

Ibn Ḥazm nieto de muladíes.

Ibn Guzmān de origen muladí, rubio y con ojos azules.

Ibn Rušd familia muladí.

Aben Humaya es caudillo de los moriscos y su nombre es Fernando de Valor.

Abū Naṣr Maṣṣūr músico sefardí.

Banū Nagralla familia judía de Granada.

Ibn Gabriol pensador sefardí.

Rabi^c Ibn Zayd es Recemundo, el célebre obispo de Elvira (Granada) autor del libro “Calendario de Córdoba” y embajador de ‘Abd Alraḥmān III.

Decir que son árabes es un craso error; decir que son andalusíes es más prudente y es siempre un acierto pleno; si quisiéramos en una segunda aproximación, y con más conocimientos, se puede matizar si fue musulmán, cristiano, judío; muladí, mudéjar, mozárabe, morisco; hispano, bereber o árabe. Pues, como dice García Cortázar, en el siglo X ya era difícil distinguir entre andalusí de origen hispano y andalusí de origen árabe o bereber, y Lévi Provençal concluye que a partir del siglo XI ya se puede hablar de una población andalusí, una mezcla homogénea, una nueva base social adaptada, consciente gradualmente de su propia y real originalidad y singularidad intelectual, artesanal agraria y de vida cotidiana.

En cuanto al árabe como expresión lingüística, pues, la península se inicia con el bilingüismo típico de la situación colonial consolidada resultante de dos culturas socialmente establecidas. Una cuya población indígena es mayoritaria y cristiana, habla su lengua tradicional, el romance, pero que aún escribe en la antigua lengua colonial, el latín bajo medieval. La otra una minoría musulmana, gobernante, habla su lengua vernácula importada, el árabe. En cuanto a los judíos estos se recluyeron en sus juderías y guardaron celosamente, y como un tesoro, la sabiduría y la lengua hebrea pero restringida a su cultura sinagoga. Este bilingüismo romance-latín/árabe perdura hasta finales del siglo XI y una muestra de ello es el hecho histórico descrito por el gran historiador Dozy cuando ‘Abd Alraḥmān I, en el 756, reclutó mercenarios en África, estos fueron apodados “los mudos” por que no podían hacerse entender en árabe ni en romance.

Con el paso del tiempo, el aumento demográfico de la población: lazos matrimoniales mixtos, las conversiones y el simple crecimiento vegetativo hace que la lengua importada crezca y sea vernácula de muchos, perfilándose como lengua cultural del momento. Un mozárabe, por



GRUPO
HISTORIA Y HUMANIDADES
EN OFTALMOLOGÍA



tanto cristiano, como Álvaro de Córdoba se quejaba en el *Indiculu luminum* del abandono del latín reprochando a sus correligionarios preferir la lengua árabe y seguir las costumbres y modas de su literatura. Incluso los judíos tenían el árabe como lengua vernácula, basta recordar que Maimónides escribió todas sus obras en árabe, excepto una, y empleaba el idioma árabe, incluso, en su correspondencia personal. Al igual que el latín se impuso a las lenguas anteriores a la romanización, excepto el vascuence, el alifato árabe desplazó al latín escrito y al romance hablado; este último fue mantenido por los mozárabes hasta finales de la Edad Media.

He de decir, también, que la influencia del romance en la lengua árabe dialectal es irrefutable. Los árabes no desdeñaron... el uso del romance en sus conversaciones familiares, puesto que el prestigio de la lengua árabe clásica no estaba en juego. De ahí la existencia de léxicos árabe latinos, árabe - castellanos y vocablos de origen romance aún acogidos en los dialectos árabes del norte de África, Marruecos, Fez, Tetuán y Tánger.

Ahora bien, los muladíes que constituyen el más numeroso de los grupos humanos de Alándalus, mutaron en un par de generaciones el romance por el árabe. Sin embargo, a pesar de utilizarlo como vehículo de expresión lingüística se desentendían de los modelos orientales. Así lo cuenta Ibn Ḥazm “perdonadme que no traiga a cuento historias de beduinos de los antiguos, pues, sus caminos son muy diferentes a los nuestros”. Aun más, tenía clara conciencia y orgullo de pertenecer a ésta tierra donde vivían y a la parte del mundo, occidente, que les correspondía; pues sigue el testimonio de Ibn Ḥazm “Lejos de mi o perla de China me basta con el rubí de Alándalus Soy el sol que más brilla en el ciclo de las ciencias; más mi defecto es que mi oriente es mi occidente”.

¿Cómo y quién puede afirmar que este gran polígrafo y otros tantos son árabes? Claramente son andalusíes y esto lo rubrica cuando afirma Ibn Rušd (Averroes) “ la estructura cultural era obra de los andalusíes [los muladíes] y estos educaron a árabes y beréberes que aceptaron como hecho irreversible la integración social aún cuando pensasen que merecían el puesto de señores”.

Así pues, la lengua árabe fue el vehículo de expresión cultural de la época y aglutinó a un mundo heterogéneo desde las costas del Atlántico hasta las del Pacífico permitiendo, y hasta ahora, la intercomunicación entre sí de millones de personas. Esta observación facilita entender la actual propuesta de reivindicar el latín como lengua oficial en Europa, lo que fue, para los congresos científicos-médicos europeos.

Conclusión: aquí en Alándalus la oftalmología, la medicina, la ciencia, la producción literaria, en general la cultura, fue andalusí y no árabe y andalusíes y no solo árabes fueron quien la elaboraron sean judíos, cristianos, musulmanes árabes y no árabes, a pesar de que todos se sirvieron de la lengua árabe como un vehículo de expresión lingüística. ¿ Acaso la Ciencia, la Medicina y nuestra oftalmología actual es inglesa porque el inglés es el idioma de comunicación científica del momento?, evidentemente no.

La segunda justificación se refiere al periodo indicado entre el siglo XI-XIV.

Pues anteriormente a este periodo, es decir entre el siglo VIII-XI, y según Ibn Ḡulḡul “ en Alándalus se practicaba la medicina según uno de los libros de los cristianos que fue traduci-



GRUPO
HISTORIA Y HUMANIDADES
EN OFTALMOLOGÍA



do, titulado los “Aforismos”. Efectivamente la medicina durante dicho periodo fue ejercida por médicos mozárabes como: Jālid Ibn Yazīd Ibn Mūmān de Córdoba que compartió con el médico musulmán Alḥarranī el cuidado de la salud de °Abd Alrḥman II; el toledano `Amīr Ibn Dūmingū e °Imrān Ibn `Abī °Amr. La asistencia a los enfermos se practicaba en los cenobios y monasterios cristianos. También médicos judíos, como Hasday Ibn Šaprut ejercieron de galenos en el mismo periodo.

El florecimiento de la medicina en Aláandalus fue tardío puesto que hasta el siglo X con la llegada de °Abd Alrahmān III no hubo estabilidad política que facilitaría el desarrollo intelectual y cultural. Además ya se cuenta con la presencia de médicos y obras médica orientales propias y traducidas, y con la búsqueda de conocimientos fuera de Aláandalus, en Qayrawān o Bagdad de estudiosos andalusíes deseosos de aprender medicina como los hermanos oculistas `Aḥmad y Omar Ibn Yūnus, y por último las traducciones, en Aláandalus, de obras griegas como el Dioscórides regalado por Constantino VII a °Abd Alrahmān III.

La tercera justificación es sobre la oftalmología y la patología palpebral de indicación quirúrgica.

Dentro de la medicina del mundo musulmán, la oftalmología tiene un lugar destacado por varios motivos:

1. Por razones teleológicas, los ojos como órganos de sentido están puestos al servicio del ser humano para contemplar la creación del cosmos, incitar interrogante y reflexiones e inducir deducciones y descubrir las leyes que gobiernan el funcionamiento de dicha creación que, junto con los mensajes divinos, conducen a verificar la existencia de un creador.
2. La oftalmología fue una de las primeras especialidades independientes, pues quien se dedica a esta parcela le llamaban Kaḥḥāl y tenía que poseer los conocimientos, que Ḥunayn Ibn Ishāq, médico nestoriano y director del hospital de Bagdad, había reunido en su libro los “10 tratados del ojo” en el siglo IX. El saber oftalmológico alcanzó según J. Hirschberg un nivel sobresaliente y sorprendente, pues aunque se inscriba dentro del ambicioso afán enciclopédico del médico, sin embargo, todos los médicos prestaban una notable atención a las enfermedades del ojo.
3. Además del distinguido status social que disfrutaban los médicos, entonces; los honorarios de las consultas oftalmológicas duplicaban ó triplicaban los de otras consultas. Una operación de catarata por aspiración costaba 80 dirham como mínimo, unos 240 gramos de plata, casi el sueldo mensual de un experto artesano.
4. Si se contempla un mapa pluviométrico, se verá que la zona isométrica de aproximadamente 50cc de precipitación anual cubre casi la totalidad del bloque compacto de los países del mundo musulmán. Aláandalus ocupaba, según Cruz Hernández, solo el 10% de la Iberia húmeda con una media anual de 65cc, que además de baja es desigual por los periodos de sequía como la tan traída y llevada sequía del 709-710 que al perderse las cosechas, producía carestía y hambre, que se dice favoreció la llegada de los musulmanes.



GRUPO
HISTORIA Y HUMANIDADES
EN OFTALMOLOGÍA



Como consecuencia de esta climatología: polvo, calor, sequedad, gran número de horas solares: unas 2000 horas anuales en todo Alándalus; esto jugó un papel importante en el aumento de las enfermedades oculares y la necesidad de asistirlas y dentro de estas enfermedades se destacaban las del párpado, que por su localización externa es presa de múltiples afecciones, y al mismo tiempo es el más accesible a tratamientos médicos, manipulaciones manuales, e intervenciones quirúrgicas. Por esta razón encontramos que las enfermedades del párpado, en todos los autores del mundo musulmán, ocupan las primeras páginas de sus tratados, son las más numerosas y las de mayor número de variedad de intervenciones quirúrgicas para tratarlas. Así lo demuestra la siguiente tabla donde se suma toda la patología oftalmológica descrita entre todos nuestros autores por diferentes componentes oculares y el número y porcentaje de la patología de indicación quirúrgica:

COMPONENTE ocular	N.º patologías	Operables	% Q
1) Párpados	36	17	47%
[Axenfeld	40	19	47%] ⁽¹⁾
2) Vías Lagrimales	3	2	66%
3) Conjuntiva	14	6	42%
¿Esclera?	?	?	? ⁽²⁾
4) Córnea	19	2	10%
5) Úvea	9	2	22%
6) H. Acuoso Cristalino, Vítreo	10	0	0% ⁽³⁾
7) Retina	6	0	0%
8) Nervio ahuecado ⁽⁴⁾	4	0	0%

¹ Como datos aclaratorios. El libro de texto de oftalmología de Axenfeld (1976) describe 40 enfermedades palpebrales, 19 son susceptibles a la cirugía.
² Comunicación VII Reunión del G.H.H.O Barcelona 2001.
³ Comunicación VI Reunión del G.H.H.O Madrid 2000.
⁴ Comunicación I Reunión del G.H.H.O Madrid 1995.

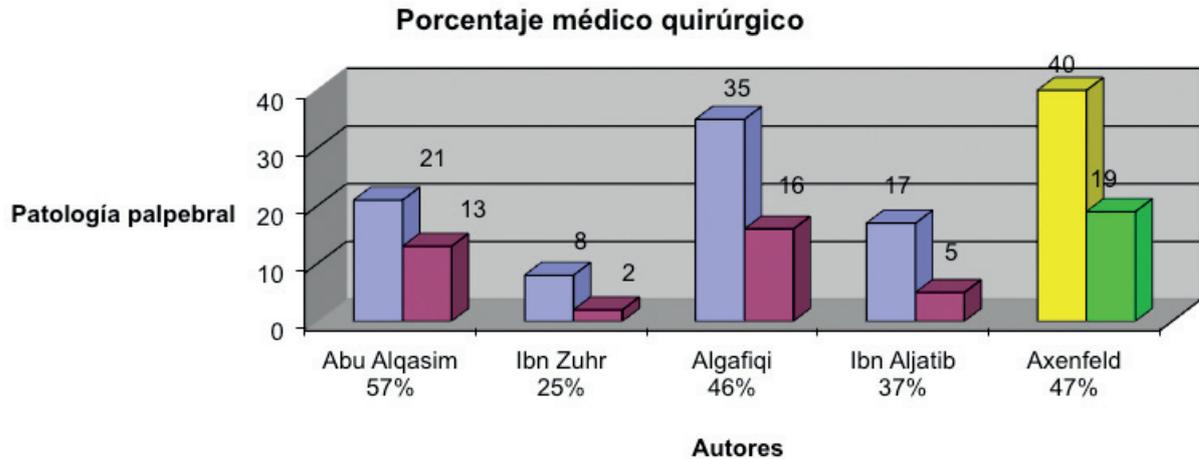
La tabla demuestra, también, que en la aproximación a la patología de entonces, desde la medicina de hoy, hay que hacerla con mucha cautela sin caer en el anacronismo insostenible de pretender una lectura actual de conceptos médicos que figuran hace 1000 años; aunque la realidad clínica en muchos aspectos sigue invariable salvo modificaciones que el transcurrir del tiempo impone.

La siguiente tabla refleja las patologías palpebrales descrita por cada uno de nuestros autores y su porcentaje quirúrgico:

Aunque las técnicas quirúrgicas pretenden corregir los defectos y alteraciones que afectan al párpado, para que alcance el máximo rendimiento funcional, esto implica a su vez una



GRUPO
HISTORIA Y HUMANIDADES
EN OFTALMOLOGÍA



mejoría estética que algunas veces, es el objetivo primordial y exclusivo. En Alándalus debió surgir un debate entre partidarios y detractores ante procedimientos de belleza. Ibn Zuhr se alza como el máximo defensor de tales procedimientos que a su juicio representan lo más grande dentro de la medicina, pues devuelven la belleza, ya dada por el creador, a quien la había perdido... además esta belleza aumenta la atracción entre los sexos y conlleva a la procreación que es un mandato divino.

Con la cautela debida les presento 4 patologías palpebrales que requieren reconstrucción quirúrgica.

I. SIMBLÉFARON

Es considerado como patología palpebral y nuestros autores describen 3 variedades de adherencias: párpado con la parte blanca del ojo [Simbléfaron parcial]; párpado con la parte coloreada del ojo [Simbléfaron anterior o total]; párpado y párpado [Anquiblefaron]

Causas:

- 1) Ulcera ó herida ocular.
- 2) Complicación por cirugía del Pterigión ó pannus.

Tratamiento:

Médico: preconizado por Ibn Zuhr con colirios refrescantes y antiadherentes a base de agua de rosas.

Quirúrgico: 'Abū Alqāsim, Algāfiqī, Ibn Aljaṭīb. Lu finalidad es doble: el retorno a la posición natural del párpado y recuperar la motilidad del globo ocular.

A. Cirugía del simbléfaron: párpado-parte blanca del ojo. La describen todos los autores con los siguientes tiempos quirúrgicos:

A.1.º Presentación de la adherencia:

Se separa el párpado del globo mediante una sonda roma introducida entre la cara interna del párpado y el globo; y si esto no es posible pues separan el párpado con un solo gancho anclado en el párpado según 'Abū Alqāsim o con dos ganchos como propone Algāfiqī.



GRUPO
HISTORIA Y HUMANIDADES
EN OFTALMOLOGÍA



A.2.º Librar la adherencia:

'Abū Alqāsim no solo indica el instrumento: un escalpelo, sino el grado de afilado del mismo. No debe ser muy afilado, más bien romo, para evitar heridas penetrantes en el globo. El modo de disección debe ser suave y roma, que Algāfiqī compara con la del Pterigión; este prefiere el cuchillo al escalpelo como primera elección; y describe una sonda de borde cortante para librar el Simbléfaron.

A.3.º Final de la operación:

Se instilan colirios refrescantes, hemostáticos y antiadherentes para evitar las temidas recidivas. Colocan en el saco conjuntival una mecha de algodón o lino impregnada de antiadherente a base de aceites de rosa y yema de huevo y la mantienen tres días. El mismo fin que persigue nuestra cascarilla de Illig.

A.4.º Postoperatorio

Instilan colirio antiadherente y hemostático y según la evolución añaden colirio cicatrizante.

B. Cirugía de la adherencia párpado – parte coloreada.

La comenta Algāfiqī y advierte seriamente del peligro de la perforación corneal.

C. Cirugía de la adherencia párpado – párpado. La describe Algāfiqī :

C.1.º Presentación de la adherencia:

Si no puede introducir la sonda; realiza una pequeña incisión en el ángulo externo lo suficiente para introducir la sonda.

C.2.º Liberación de la adherencia:

Utiliza escalpelo ó sonda de filo cortante especialmente diseñada para este cometido.

II. ECTROPIÓN

Bajo el término Alšatra, todos los autores engloban aquellas patologías, sean del párpado superior ó inferior, que determinan un incremento de la amplitud de la hendidura palpebral con grado variable de lagoftalmía. Genéricamente la llaman “ectropión” y cuando hablan de la entidad que se acompaña con eversión del párpado inferior y recalcan textualmente “párpado volteado hacia fuera” entonces se refieren al “genuino ectropión”.

Distinguen 2 variedades de ectropión:

En el párpado superior ---- ojo conejero [ojo leporino ó coloboma]

En el párpado inferior ----- el ectropión

Causas de lagoftalmía en el párpado superior:

Congénita: ojo conejero.

Adquiridas: herida, cauterización, incisiones incorrectas, cicatrices hipertróficas, remango excesivo de la ptosis palpebral ('Abū Alqāsim); error en la sutura (Ibn Zuhr); espasmo del músculo que eleva el párpado (Algāfiqī).



GRUPO
HISTORIA Y HUMANIDADES
EN OFTALMOLOGÍA



Tratamiento:

Las cicatrices hipertróficas no son de indicación quirúrgica para 'Abū Alqāsim lo que demuestra una actitud razonable y equilibrada para un profesional de tendencia quirúrgica. Los trata con remedios corrosivos a base de cardenillo.

El resto de las causas son susceptibles a una incisión cuya dirección horizontal solo está claramente especificada por el Ibn Zuhr. Una vez hecha la incisión, a lo largo del párpado superior, 'Abū Alqāsim separa los labios de la herida e introduce entre ellos una mecha *atada* impregnada con antiadherentes con el fin de ensanchar el párpado dejando cicatrizar por segunda intención. Completa la cirugía con fomentos relajantes a base de alholva o malvavisco y una pomada mucilaginosa disuelta en grasa para impregnar la mecha; y advierte seriamente del uso de los medicamentos que desecan y retraigan, pues entonces, la recidiva está además de asegurada es más virulenta; y termina con esta frase *“este procedimiento que he mencionado tiene el propósito de mejorar el estado del párpado retraído pero nunca pretende restituir al estado natural del párpado”* ¡Realismo y sinceridad!

Ibn Zuhr se muestra crítico ante la actitud tosca de los cirujanos; y orienta su tratamiento en función del grado del defecto:

- Ligero: solo tratamiento médico con unturas grasas para facilitar el estiramiento y ensanchar el párpado.
- Intenso: indica la incisión transversal como 'Abū Alqāsim y añade un cauto estiramiento por suave tracción del párpado con el fin de ampliarlo. Sin embargo no pone entre los labios de la herida mecha ni otro cuerpo extraño dejando la cicatrización por segunda intención.

Ibn Zuhr se muestra poco optimista ante el pronóstico de esta cirugía fundamentado por la acción del parpadeo, que aproxima los labios de la herida. Por esta razón quizá 'Abū Alqāsim ata la mecha para evitar su expulsión y mantener separados los labios de la herida.

Algāfiqī indica tratamiento médico para el espasmo del músculo que eleva el párpado superior a base de aceites y fomentos humectantes y, cuando opta por la cirugía, separa los labios de la incisión horizontal e introduce en ella un algodón mojado con cera fundida pero sin atar, quizá la cera resista más los movimientos de aproximación del parpadeo. En el postoperatorio sigue la misma actitud y los mismos consejos de 'Abū Alqāsim.

Hay que recordar que Waldhauer introduce piel entre los labios de la herida como modificación de la técnica de J. Arlt. Arruga hace lo mismo con mucosa labial.

II.a. ECTROPION párpado inferior «el auténtico»

Los autores describen dos variantes:

Ectropion espasmódico (Ibn Zuhr, Algāfiqī)

Ectropion cicatricial ('Abū Alqāsim, Algāfiqī e Ibn Aljaṭīb)



GRUPO
HISTORIA Y HUMANIDADES
EN OFTALMOLOGÍA



Causas:

Congénita ('Abū Alqāsim)

Adquirida: heridas, cicatrices, tumoraciones, cauterio ('Abū Alqāsim, Algāfiqī); espasmos del párpado inferior previamente endurecido, tracoma (Ibn Zuhr); blefaritis con engrosamiento del párpado [Tilosis] (Algāfiqī)

Tratamiento:

Espasmódico y tracomatoso: es médico.

Cicatricial: es quirúrgico

'Abū Alqāsim utiliza para la corrección del ectropión cicatricial dos técnicas escalonadas de menor a mayor agresividad, reflejo de su habilidad, experiencia y recursos quirúrgicos.

1ª Técnica:

- a) introduce una aguja con hilo doble, en el espesor del párpado y la pasa de un canto a otro, a modo de rienda, con dos propósitos 1) estirar el párpado hacia arriba y tensarlo homogéneamente y 2) separarlo del globo.
- b) practica un incisión horizontal a lo largo del párpado, con un escalpelo ancho [como un Celso]. Una vez finalizada esta blefarotomía horizontal, ve si el párpado recupera su posición natural; si no pasa a la segunda técnica.

Algāfiqī utiliza la misma técnica pero separa el párpado con 2-3 ganchos para tensarlo. Cabe preguntarse por que 'Abu Alqāsim no utiliza los ganchos, bien conocidos por él. Quizá porque las riendas tensan el párpado mejor; dan más seguridad y precaución para no herir el globo con los ganchos y por ser más cómoda y no necesite ayudante para sujetarle los ganchos.

En la 2.ª técnica (solo es realizada por 'Abū Alqāsim) pone una sonda sobre la incisión para evertir el párpado; en la cara interna del párpado realiza dos incisiones dirigidas hacia el borde libre que simulan la letra griega Lambda en su forma clásica Λ y extirpa la totalidad de la masa palpebral entre ambas incisiones (blefarectomía total). Sutura borde a borde con hilo de lino.

Esta blefarectomía en Λ clásica es idéntica a la que se llama actualmente blefarectomía en V; la cuestión es que 'Abu Alqāsim realiza las incisiones en la cara interna del párpado evertido; mientras que la de forma en V se hace con el párpado en posición. Por lo tanto ambas blefarectormias son idénticas.

Ibn Aljaṭīb en su "Prontuario" alude escuetamente al tratamiento quirúrgico y recomienda en el postoperatorio una dieta a base de alimentos refrescantes.

III. ENTROPIÓN – TRIQUIASIS – DISTIQUIASIS

Aquí todos los autores centran su atención sobre la dirección anómala de las pestañas, dirigidas hacia el globo ocular y les preocupa su nociva acción sobre la cornea. Hablan de dos



GRUPO
HISTORIA Y HUMANIDADES
EN OFTALMOLOGÍA



entidades, y cuyo nombre gira en torno a las pestañas; así pues, titulan “pestañas excedentes” y “pestañas invertidas” y en ningún momento hay en los textos originarles una frase taxativa que diga “párpado volteado hacia adentro” como lo habíamos constatado al hablar del ectropión donde decían textualmente “párpado volteado hacia afuera”. Esto nos permite suponer que les importaba más separar las pestañas del globo que reponer el párpado en su posición natural, quizá porque creen que la causa radica más en la pestaña que en el párpado. Pues, no es de extrañar puesto que la fisiopatología de las alteraciones de posición del párpado son tardías. 'Abū Alqāsim apunta que son mecanismos diferentes los que producen cada entidad.

Dado que ambas entidades tienen las mismas repercusiones clínicas y sus tratamientos son similares por lo que aparecen juntas o en capítulos contiguos. Una lectura atenta de los textos nos permiten identificar los cuadros clínicos, pues, cuando hablan de pocas pestañas pensaríamos en triquiasis y cuando hablan de muchas pestañas puede que se refieran al entropión triquiasis o a la distiquiasis.

Tratamiento:

'Abū Alqāsim y siguiéndole Algāfiqī e Ibn Aljaṭīb condicionan sus tratamientos al número de pestañas anómalas y solo Ibn Zuhr practica como único tratamiento la depilación con cera de las pestañas anómalas y el posterior cauterización por ignición de su punto de inserción.

Tratamiento Médico:

- 1) Depilación mecánica de las pestañas (ectiolisis): todos.
- 2) Aplicación de anti rebrote, a base de sangre y bilis de distintos animales, en el punto de inserción de las pestañas anómalas (todos excepto Ibn Zuhr).
- 3) Encolamiento de las pestañas anómalas con normales (anacolisis) indicado para 2 ó 3 pestañas, mediante sustancias adhesivas a base de almáciga, acíbar y resina de pino (todos). 'Abū Alqāsim lo considera como paso previo en el compás de espera para el siguiente tratamiento. Depuración de los humores que ni Ibn Zuhr ni Ibn Aljaṭīb comparten.
- 4) Desviación de la dirección de la pestaña anómala mediante aguja [Tunelización de la pestaña]. 'Abū Alqāsim lo indica para 1-2-3 pestañas como máximo. Así mismo Algāfiqī que sin embargo se muestra crítico y poco optimista respecto al pronóstico y éxito del mismo, pues cree que los resultados no son constantes, y la pestaña se pudre o se rompe en su raíz volviendo a crecer, hecho comprobado por él.
- 5) Esta técnica consiste en introducir una aguja con ojal justo al lado de la raíz de la pestaña anómala. 'Abū Alqāsim la enhebra con hilo de seda lino y fino de un palmo de longitud y lo anuda a modo de lazo y en este lazo introduce otro hilo sin anudar. Algāfiqī forma el lazo con pelo de mujer siguiendo a Ibn Sīnā. Todos intentan introducir la pestaña anómala en el ojal y pasar la aguja rápidamente hacia la cara cutánea arrastrando así la pestaña cambiándola de dirección; si la pestaña se suelta del ojal la intentan introducir en el lazo que anudan sobre la pestaña, y si falla lo intenta en el segundo lazo



GRUPO
HISTORIA Y HUMANIDADES
EN OFTALMOLOGÍA



de reserva. No recomienda repetir la operación, pues se ensancharía “el túnel labrado por la aguja” y no sujeta correctamente a la pestaña. Quizá las agujas eran toscas y por esto 'Abū Alqāsim prevé dos lazos.

6) Cirugía

6. I. Incisión en la cara interna del párpado (Ibn Aljaṭīb) cerca de la base de implantación de la pestaña, que al cicatrizarse por segunda intención, al rellenarse con nuevo tejido, enderezaría las pestañas (técnica de separación del suelo ciliar).

6. II. Incisión y corte ('Abū Alqāsim y Algāfiqī)

1.º tiempo: Eversión del párpado.

'Abū Alqāsim lo hace con la mano izquierda y si resiste recurre al hilo y practica una rienda. Algāfiqī matiza que las pestañas se cogen entre el índice y el pulgar de la mano izquierda y con la sonda de alcoholar presiona el párpado para evertirlo.

2.º tiempo: Incisión.

'Abū Alqāsim y Algāfiqī inciden con el escalpelo lanceta la cara interna del párpado cerca de la base de implantación de las pestañas y de canto a canto. Algāfiqī insiste que la incisión no debe limitarse a la parte central del párpado.

3.º tiempo: Extirpación de piel palpebral.

'Abū Alqāsim calcula la cantidad de piel que quiere extirpar, pues, según dice es variable y depende de la edad y del grado de laxitud del párpado. Dibuja sobre la piel del párpado la figura de una hoja de mirto cuya superficie varía según cada caso y especifica que uno de los bordes de la hoja debe estar muy cerca de la base de implantación de las pestañas y exactamente no a más del grosor de un estilete pequeño. Extirpa la piel dibujada comenzando por el canto mayor hacía el menor. Esto lo hace con tres modalidades: a) gancho para levantar la piel y escalpelo para la disección; b) tres ganchos o un gancho triple y una tijera para cortar; c) tres riendas, dos en cada extremo y una en el centro para levantar la piel, cuando es imposible contener los ganchos, y corta con tijera.

Algāfiqī recorre al corte con tijera ayudado por ganchos o riendas y recalca que solo hay que extirpar piel, y para asegurarse de ello, manda abrir y cerrar los ojos del paciente para verificar que la musculatura está libre.

4.º tiempo: Sutura.

Ambos autores suturan borde a borde y Algāfiqī insiste en que debe comenzar la sutura por el centro de la herida. Si se trata del párpado superior, cita que algunos anclan los nudos cerca de las cejas. Pannas en el entropión cicatricial fija los puntos en la ceja o en la frente.

Final de la operación:

Algāfiqī espolvorea sobre la herida polvos amarillentos.

Esta técnica es casi superponible a la operación de Jaesch-Arlt. La diferencia radica en la forma de la superficie extirpada: hoja de mirto en nuestros autores y en semiluna en J. Arlt.



GRUPO
HISTORIA Y HUMANIDADES
EN OFTALMOLOGÍA



6. III. Técnica de Cinchamiento o Engalomosis.

Está basada en la isquemia provocada de la piel palpebral.

1.º tiempo: eversión del párpado.

2.º tiempo: incisión en la cara interna del párpado de canto a canto.

3.º tiempo: aprehensión de la piel que se va a eliminar por isquemia mediante dos férulas de caña o de madera fina, de anchura pequeña y cuya longitud es la del párpado; en sus extremos deben tener muescas donde se atarán los hilos para sujetar, tensar y provocar isquemia en la piel.

Algāfiqī no tiene el párpado evertido, pues, no realiza la incisión en la cara interna. Aplica directamente la férula y la mantiene diez días. La piel se ennegrecerá y caerá espontáneamente. Parece que 'Abū Alqāsim no espera tantos días y recomienda cortar la piel ennegrecida.

6. IV. Cauterio por ignición (exclusivo de 'Abū Alqāsim).

1.º ordena dejar crecer las pestañas y no depilarlas.

2.º cauteriza la superficie cutánea dibujada, hoja de mirto, y como precaución cubre el globo con algodón impregnado con clara de huevo o mucilago de zaragotana.

El cauterio se realiza superficial y gradualmente hasta cubrir la superficie dibujada. Mientras cauteriza observa constantemente el borde libre del párpado y cuando este se enderece y las pestañas se separan del globo da por terminado el cauterio. Por esta razón deja crecer las pestañas que servirían como indicador para el control del cauterio.

Algāfiqīy Ibn Aljaṭīb cauterizan la inserción de la pestaña depilada. Ibn Zuhr lo hace con estilete de oro.

3.º final de la operación: aplica algodón mantecado para quitar la escara durante tres días.

6. V. Cauterización por remedios caústicos ('Abū Alqāsim y Algāfiqī).

Según Algāfiqī está indicada para aquellos que “detestan oír la simple mención de la cirugía, máxime cuando hayan sido operados”.

La diferencia entre la técnica anterior y esta es el uso de un emplaste caústico que se vierte sobre un papel fenestrado, en forma de hoja de mirto. El emplaste se mantiene hasta que el paciente deja de sentir el quemazón que es propio y habitual. Si las pestañas se despegan del globo da por terminada la sesión; si no, lo repite.

Algāfiqī no pone papel fenestrado como 'Abū Alqāsim y aplica el emplaste con una sonda de alcoholar directamente sobre la piel simulando una hoja de mirto. Dice que son pocos los médicos que utilizan esta técnica.

IV. PTOSIS

Causas:

Humoral: la citan todos los autores y consiste en un exceso de humores que relajan o paralizan la musculatura que eleva el párpado.

Hematoma: Ibn Aljaṭīb



GRUPO
HISTORIA Y HUMANIDADES
EN OFTALMOLOGÍA



Tratamiento:

Médico: lo describen todos y consiste en evacuar los humores y régimen alimenticio.

Quirúrgico

— Cauterío: solo lo maneja 'Abū Alqāsim.

Señala el lugar : región supraciliar o el párpado. El instrumento: hay cauterios para la ceja y otros para el párpado superior de menor diámetro. Dicta los criterios de cauterización: 1) la cauterización será paralela a la ceja del párpado afecto. 2) la longitud de la zona cauterizada será la de la ceja y 3) la cuantía del cauterio no superará un tercio del espesor de la piel.

— Cirugía: tanto 'Abū Alqāsim como Algāfiqī expresan que la finalidad es elevar el párpado. Los tiempos quirúrgicos son idénticos a los de la cirugía del entropión del párpado superior.

El esfuerzo por dar solución a patologías y anormalidades palpebrales es notorio. Pero el afán de estos médicos por resolver patologías que resultaban especialmente penosas para sus pacientes les llevó a buscar soluciones en muchos casos imaginativas y audaces. No hay duda que la insuficiencia de medios técnicos para llevar a cabo muchas de estas intervenciones supuso una profunda limitación. Pero no menos cierto es que supieron ser fieles al precepto hipocrático de buscar en todo momento el alivio de sus enfermos.

Ojalá lo que acabo de decirles sea de utilidad y que haya reflejado y aludido al nombre de nuestro grupo: Historia, Humanidades y Oftalmología.

Muchas gracias por su atención