

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

Terapéutica actual de las dacriocistitis

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Ramón Álvarez Torres

Madrid, 2015

I

I

A mis maestros.

Como maestros míos considero, lo mismo a los que por haber consagrado su vida al estudio, y sacrificado los dorados años juveniles en aras de la investigación científica y de la profesión médica, ocupan hoy los lugares más preferentes en el mundo del saber y son maestros de todos, que a mis compañeros los maestros del mañana. A todos los que con sus consejos, con sus casos clínicos, publicaciones, etc., me han enseñado algo, me han guiado por el camino de la Medicina y me han facilitado siempre el trabajo, les considero como muy superiores a mí y no puedo por menos de llamarles mis maestros.

La sensación de tristeza y de desaliento que causa el encontrar las puertas cerradas y sin que nadie preste su apoyo se torna en fran-

II

ca alegría si por el contrario son todos a proteger, son todos a ayudar y por do quiera se encuentra auxilio y facilidades, que hacen brotar nuevas energías para continuar el camino y sostener la lucha. Y al final, si se vuelve la vista atrás y se ven los obstáculos vencidos, si se considera la desproporción entre ellos y las propias fuerzas, no se puede hacer otra cosa que acordarse de los que ayudaron, de los que allanaron el camino y facilitaron el trabajo, pues sin ellos, la empresa hubiera sido imposible y seguro el fracaso.

Este es mi caso, sin ayuda, sin consejos, sin persona que me llevase de la mano, quizá nunca hubiera podido ver terminado este trabajo, por eso hoy que gracias a ellos toca a su fin quiero antes de entrar en materia, antes de comenzar demostrar aquí mi profunda gratitud a todos mis maestros.

F. L. M. Sr.

No es mi intención ni mucho menos presentar aquí cosas completamente desconocidas, hechos enteramente nuevos. Son mucho más modestas mis aspiraciones al someter a la consideración del tribunal este breve trabajo.

Si en cualquier obra de terapéutica buscamos las substancias que modifican de un modo determinado una función cualquiera seguramente nos encontraremos con una lista de cuerpos, larga la mayoría de las veces. Si en un tratado de Patología Médica ó de Patología Quirúrgica nos fijamos en el tratamiento de cualquier enfermedad, veremos que podemos emplear una porción de medicamentos para curar aquella afección interna, ó que se pueden practicar varias intervenciones y seguir infinidad de procedimientos y técnicas

operatorias para remediar la afección externa objeto de nuestros cuidados.

Esto indica que hay una porción de substancias y remedios terapéuticos que conducen al mismo fin, que tienen una aplicación semejante, pero en manera alguna nos autoriza, esta semejanza de acción, para que podamos en un caso determinado elegir uno cualquiera sacado a la suerte, tomado al azar. Cada medicamento, cada substancia, cada procedimiento, tiene sus indicaciones precisas y para usarlos con fruto es necesario que conozcamos con detalle todas las circunstancias, cualquiera que sean, de aquel caso clínico particular, para que tenidas en cuenta sea la terapéutica que apliquemos la que más de acuerdo esté con las necesidades del caso y la que menos pueda perjudicar o retardar la curación de nuestro enfermo.

Particularizando ya y refiriéndonos solo al objeto de esta memoria, todos sabemos que desde HIPOCRATES hasta nuestros días se ha hablado mucho de dacriocistitis y que con lo que se ha escrito hay materia suficiente

J

para llenar varios volúmenes. Sin embargo el acuerdo no reina, la conformidad no existe.

Cada autor ha defendido sus teorías y sus procedimientos con argumentos y pruebas muy concluyentes, en su mayoría, ha presentado hechos clínicos indiscutibles, pero casi todos han tenido la pretensión, y de aquí nace el error a nuestro juicio, de que su opinión fuera seguida por los demás, y que sus métodos fuesen los únicos que se emplearan, sin tener en cuenta, como anteriormente decimos, que un mismo cuerpo, una misma técnica, útil para un enfermo puede ser inútil y hasta perjudicial para otro aunque en ambos se trate de una misma enfermedad.

Por otra parte, la terapéutica, evolucionando siempre con arreglo a las creencias de la época y con arreglo a las teorías dominantes y a los descubrimientos científicos; siguiendo en una palabra el continuo rielar de las ideas, cambia continuamente y lo que se hizo ayer ya no es lo que hoy ~~hacemos~~ hacemos, y lo que hacemos hoy, nadie es capaz de decir que se hará mañana.

Si no ha muchos años hombres tan eminentes, cirujanos tan hábiles como CHOPART, DESAULT, LARREY, DUPUYTREN, VELPEAU y otros muchos, a pesar de sus prodigios de tectina, a pesar de sus pequeñísimas incisiones y del continuo empleo del método subcutáneo, temían realizar las más sencillas operaciones porque la fiebre de supuración, la difteria y erisipela de las heridas, la gangrena y la podredumbre de hospital consumían a sus enfermos, hoy mediante la asepsia y la antisepsia, que nos alejan el peligro de infección podemos ser más cirujanos, podemos ser más atrevidos en nuestras intervenciones y podemos dar al tratamiento quirúrgico bastante mayor importancia de la que hasta aquí ha tenido.

Ahora bien; si mediante los procedimientos de desinfección, de que hoy disponemos, hemos conseguido hacer desaparecer aquellas razas de microorganismos de virulencia escaltada, por el continuo paso de unos organismos a otros, y no vemos las terribles septicemias que arrebatában a los ope-

5

rados en menos de cuarenta y ocho horas, si hoy no tenemos que luchar con tantos peligros ni vencer los obstáculos que aquellos hombres, no quiere decir esto que hemos de intervenir en todo, que el bisturí ha de ser el único recurso terapéutico de nuestros días, pues hoy como entonces debemos recordar que nunca quedará el cirujano más satisfecho, que cuando libre al enfermo de una operación.

Hechas estas consideraciones y sirviéndonos de ellas como base estudiaremos nosotros la TERAPEUTICA ACTUAL DE LAS DACRIOCISTITIS, haciendo primero aunque sea muy brevemente un resumen Anatómico, Fisiológico y Patológico que nos fundamentará el tratamiento. También y aunque solo sea como recuerdo a los que nos precedieron, pasaremos revista al legado de nuestros antepasados, estudiando la manera de tratar las enfermedades de las vías lagrimales en otros tiempos.

OJEADA HISTORICA

Tratamiento de las dacriocistitis en otras épocas (1).

EPOCAS EGIPCIA E INDIA.-EBERS encontró en la necrópolis de Tebas, un papiro que se remonta mil años antes de HIPOCRATES y en el cual se hace mención de un unguento compuesto de antimonio, polvo de madera, mirra y miel seca, que debía emplearse cuatro días seguidos y que estaba destinado a curar un tumor cercano a la nariz y al ojo que probablemente era una dacriocistitis.

En los AYUR-VEDAS, libros cuyos autores pertenecían a la casta de los BRAHMANES y en los cuales está contenida la medicina del pueblo indio, encuentran descritas setenta seis afecciones oculares nueve de las

1) La mayor parte de los datos contenidos en este capítulo están tomados del artículo de M.KALT en la Encyclopedie française d'Ophthalmologie."

7

cuales se refieren á vías lagrimales, haciéndose mención del absceso que se produce en el ángulo mayor del ojo.

EPOCA PRE-ALEJANDRINA DE LA MEDICINA GRIEGA.- La escuela de HIPOCRATES consideraba al cerebro como una glándula cuya secreción descendía hacia los ojos, la boca, la nariz, las orejas, el pecho, la médula espinal y los lomos. Estudió también el lagrimeo senil y el consecutivo a imitaciones del ojo, no haciendo mención de la dacriocistitis y describiendo solo un absceso de las cercanías del ojo, probablemente de origen dentario.

EPOCAS ALEJANDRINA Y ROMANA.- CELSO (25 años a. de J.C. a 50 d.) descubrió una úlcera fistulosa formada a nivel del ángulo interno del ojo

que llega a veces a perforar el hueso, y a la cual dió el nombre de OEGILOPS. Los autores de esta época conocían la posible transformación de estos trayectos fistulosos, que podían ser origen de neoplasmas malignos, contraindicando la extirpación, pues se reproducían y causaban la muerte del enfermo. Otros autores aconsejaban la operación considerándola tanto más difícil cuanto más cerca de la comisura de los párpados estaba el orificio de la fístula. Trataban esta enfermedad cogiendo con un gancho el orificio fistuloso e incindiendo circularmente los tejidos blandos hasta el hueso. Después cauterizaban con el hierro candente, el sulfato de cobre, el cardenillo, etc., con objeto de evitar la producción y eliminación ulterior de secuestros.

ARQUIGENES DE APOMEA recomendó dos procedimientos: uno de ellos consistía en el empleo de pomadas resolutivas al comienzo de la enfermedad y la incisión del tumor y perforación del hueso cuando aquellas fracasaba-

ban. El otro procedimiento tenía por objeto mantener abiertos los labios de la incisión practicada, lo que se conseguía por medio de un pequeño embudo en el cual echaba plomo derretido.

CLAUDIO GALENO (131 a 201 d. de J.C.) conocía el aparato lagrimal casi en su totalidad, señalando la presencia de medicamentos aplicados en el ojo, en los productos arrojados de la garganta y el moco nasal.

ANTYLLUS recomendó la extirpación del tumor lagrimal en casos en que no había supurado o en que existía simplemente un lagrimeo persistente.

SEVERUS, citado por AECIO, (540 años d. de J.C.) combate los fenómenos inflamatorios al comienzo de la enfermedad e incide el absceso cuando está maduro, cauterizando el hueso, si ha sido alcanzado por el proceso.

PABLO DE EGINA (668 años d. de J.C.) opina de igual modo cauterizando el hueso enfermo con el hierro candente y perforar el hueso a fin de dar al pus un desague hacia la nariz. Conservó el nombre de oegilops

para las fístulas y designó con el de anquilops a la pericistitis. Este mismo nombre fué dado por AECIO a los quistes sebáceos del ángulo interno del ojo.

A partir de la época de PABLO DE EGINA el tratamiento de la dacriocistitis ha sido poco modificado hasta el siglo XVIII.

EPOCA DE LOS ARABES.- Pocas son las novedades añadidas por los árabes a los antiguos tratamientos de las afecciones de las vías lagrimales. Al comienzo de la dacriocistitis recomendaba RHACES el masaje y el vendaje compresivo. Si el absceso se producía, practicaba su incisión, cauterizando el hueso, si el absceso era profundo, o perforándolo de manera que saliese sangre por la boca o la nariz. Después hacía inyecciones astringentes utilizando la vía nasal.

1

//

AVICENA practicaba también inyecciones astringentes, introduciendo además, en la cavidad del abceso, colirios líquidos o pulverulentos, valiéndose de una sonda en cuya extremidad ataba un hilo.

SIGLOS DIEZ Y SEIS Y DIEZ Y SIETE: FALLOPIO Y VESALIO, dieron una descripción exacta del aparato lagrimal que según hemos visto era ya conocido por GALENO así como su fisiología que aparece bosquejada en las obras de un oculista periodenta del siglo XIII, BIENVENIDO DE JERUSALEN. AMBROSIO PAREO cauterizaba el saco lagrimal valiéndose de una placa metálica perforada con la cual protegía el ojo y tejidos vecinos al saco. Conocía además las relaciones entre el ojo y la fístula lagrimal. La práctica de AMBROSIO PAREO fué seguida por su discípulo GUILLEMEAU el cual escribió un "Tratado de enfermedades del ojo".

/r

FABRICIO DE AQUAPENDENTE siguiendo a los autores antiguos, recomendaba la compresión del tumor lagrimal, valiéndose de una pelota. Empleó también la cauterización, valiéndose del hierro candente y el plomo fundido.

SIGLO DIEZ Y OCHO.- La anatomía de las vías lagrimales se conoce bien y la terapéutica apoyándose sobre sólida base, de esencialmente destructora se convierte en conservadora. STAHL en 1702 demuestra que las fístulas lagrimales son consecutivas a inflamaciones del saco, estrechado en su parte inferior y dilatado más tarde por retención de exudados. BOERHAVE en 1751 confirma estas ideas y demuestra que el estrechamiento puede estar situado en cualquier parte del trayecto del saco á la nariz.

HEISTER discípulo de BOERHAVE en 1716 demuestra la participación de las estrecheces del conducto nasal en la patogenia del lagrimeo, dilata-

13

ción e inflamación del saco que puede dar lugar a caries ósea y ulceración de las partes blandas seguida de producción de fístulas.

En 1713 ANEL publicó sus descubrimientos sobre cateterismo de vías lagrimales, haciéndolo, tres años más tarde, una disertación "sobre el nuevo descubrimiento de la hidropesía del conducto lagrimal". ANEL practicaba el cateterismo valiéndose de una sonda de oro del grueso de una crin, terminada por una extremidad olivar, que introducía por el canaliculo superior, haciendo simultaneamente una inyección astringente, con la jeringa que lleva su nombre, por el punto lagrimal inferior.

MEJEAN intentó perfeccionar el método de ANEL haciendo el desbillonado del conducto nasal. Para esto se servía de un estilete provisto en su extremidad de un retoño, por el cual pasaba un hilo. Una vez introducida la sonda, atraía su extremidad hacia fuera por las fosas nasales y ataba a la extremidad del hilo, en lugar de la sonda, un clavo de hilas que ha-

cía pasar por el conducto nasal de abajo á arriba, tirando del hilo. CABANIS en lugar de hilas, usaba un tubo flexible forrado de seda, a través del cual practicaba las inyecciones desde la nariz.

PALLUCCI en 1762, pasaba por las vías lagrimales hasta la nariz un tubo de oro, por el que introducía una cuerda de violín, que quedaba a permanencia en el conducto nasal una vez sacado el tubo. A su vez LA FOREST intentó por medio de un cateter curvo, hacer inyecciones en el conducto nasal y dilatar su extremidad inferior. A pesar de ser el cateterismo retrógrado de LA FOREST un método difícilísimo, tuvo algunos imitadores entre los que se cuentan DUVOIS y GENSOUL.

BLIZARD en 1780, propuso la inyección de mercurio metálico con objeto de reemplazar la sonda. Estas inyecciones las practicaba por el canaliculo inferior.

JUAN LUIS PETIT (Memoires Acad des Sciences 1734 y 1740) abrió una

15

a de acceso al saco a través de la piel, reglando la operación que lleva su nombre. STAHL la había ya puesto en práctica, introduciendo en el saco por el canalículo inferior, una cuerda de guitarra y sacándola después mediante una incisión de la pared.

La incisión de PETIT, se practica en la pared anterior del saco, por encima del tendón del orbicular, poniendo de este modo al descubierto el orificio superior del conducto nasal, por el cual se introduce una sonda que sirve de conductor a bujías cónicas, de diámetro progresivamente creciente.

MONRO modificó el procedimiento de PETIT, introduciendo una sonda por el canalículo lagrimal, destinada a levantar la pared anterior del saco, que es incidida sobre ella, evitando de este modo la herida de la pared posterior.

LE CAT en 1734 practica la incisión del saco a lo PETIT, introduciendo después una sonda en cuya extremidad va atado un hilo de seda. La son-

da es sacada con un gancho fuera de la nariz y la seda queda a permanencia en el conducto nasal.

TILLOLY ensanchaba el saco abierto, con la esponja preparada, practicando después el cateterismo y cauterizaciones con nitrato de plata. FOU-BERT (1753) introducía en el conducto nasal un tubo metálico que dejaba allí.

PELLIER, DE QUENGSY y otros imitaron el procedimiento, pero RICHTER ^l combatió, ~~el procedimiento~~ recomendando el método de PETIT.

Los autores del siglo XVIII añadían a estos procedimientos el empleo de tópicos destinados a modificar la mucosa de las vías lagrimales y con este fin usaron el acetato de plomo, el alumbre, el nitrato de plata, el agua de cal, etc.,. Al tratamiento local añadían el general ~~xxxxxxxxxx~~ constituido por purgantes y depurativos de la sangre para combatir los vicios escrofulosos, gotosos, sifilíticos, excematodos, etc.

La perforación del unguis tan practicada anteriormente casi desapa-

rece. WOOLHOUSE y SAINT-IVES la practicaban a comienzos de este siglo. WOOLHOUSE hace una incisión curva en las partes blandas, extirpa parcialmente el saco, perfora el unguis con un trócar, cauterizando el hueso si estaba careado e introduce en el orificio óseo un tubo de oro, plata o plomo. SAINT-YVES después de la incisión de las partes blandas aplica un tubo metálico sobre el hueso, que es perforado con un cauterio enrojecido que se introduce por el tubo. Después metía clavos de hilas o de madera para impedir que el orificio se cerrase.

SIGLO DIEZ Y NUEVE.- Los trabajos de BEER y la publicación del tratado de SCHMIDT, inauguran el décimo nono siglo. SCHMIDT, en su libro, estudia las anomalías de los conductos y del saco lagrimal, como productores de la blenorrea, del absceso y de la fístula, describiendo la ectasia del saco, y

las inflamaciones de la mucosa y paredes óseas del conducto nasal. Estos trabajos fueron continuados por las publicaciones de DEMOURS (1818), MAC KENZIE (Londres 1819) y HASNER (1850) que siguieron poniendo en práctica los procedimientos del siglo anterior. DUBOIS y GENSOUL (1828) intentan resucitar el cateterismo según LA FOREST; DESAULT vuelve a la técnica de LE CAT, BEER, LAURENCE, etc. dilatan el conducto nasal con sondas, bujías y cuerdas de violín, que hacían pasar de arriba a abajo disimulando entre el pelo su extremidad apelotonada. Usaban también el procedimiento de SCARPA introduciendo un clavo de plomo, cuya extremidad ensanchada se apoyaba sobre el contorno del orificio superior y que iba provisto de un canal lateral para permitir las irrigaciones. DUPUYTREN en 1833, imitando a FOUBERT, introducía y dejaba en el canal nasal una cánula de oro ó de plata.

DUBOIS y RAU (1855) cauterizaban el conducto nasal valiéndose de

una cuerda de violín desengrasada, que sumergían en una solución al diez por ciento de nitrato de plata, introduciéndola después y dejándola algunas horas. DESMARRRES utilizaba también el nitrato de plata fundido, aplicándolo por medio de un estilete, que introducía por una incisión practicada siguiendo la técnica de PETIT.

SCARPA en 1821 trataba las obliteraciones del conducto nasal, perforando el unguis a la manera de SAINT-IVES; LANGIER (1830) propuso perforar hacia abajo, hacia el seno maxilar, por medio de un trócar.

La destrucción del saco propuesta por NANNONI fué recomendada por VOLPI y BEER empleando el nitrato de plata, en lugar del hierro candente.

BOWMAN en 1850 dió á conocer su método de cateterismo y dilatación gradual por medio de sondas de calibre variable entre un tercio de milímetro y milímetro y medio. WERBER en 1861 propuso reemplazar las sondas

cilíndricas de BOWMAN por sondas uretrales de goma con mandril, construyendo después su sonda cónica de dos extremidades, que permite hacer una dilatación de 1,75 m.m. por un lado y hasta de 3,25 m.m. por el otro.

WEBER hacía la incisión del conducto lagrimal superior y de la extremidad superior del saco, seccionando después subcutáneamente el tendón del orbicular. Para esta operación se valía del cuchillete que lleva su nombre, y de esta manera abría una amplia vía para introducir las sondas, practicando después inyecciones con la jeringa de ANEL. JAESCHE (1864) procedía de igual manera, sustituyendo la jeringa por una pera de goma al practicar los lavados.

ARLT en 1868 recomienda el cateterismo a lo BOWMAN pero haciendo uso de las sondas números 3 y 4 solamente pues las más finas exponen a la creación de falsas vías y las más gruesas, acarrean destrozos considerables en el conducto nasal. En aquel mismo año STILLING preconizó la inci-

sión múltiple y en distintas direcciones de las estrecheces del conducto , valiéndose para ello del cuchillo de punta romana que lleva su nombre.

CUIGNET, habiendo comprobado que el calibre del conducto nasal oscila entre dos y cuatro milímetros, hizo construir un juego de sondas de extremidad olivar de modo que el diámetro de la más gruesa fuese de ésta última dimensión. CRITCHETT había ensayado con mediocre resultado los talletos de laminaria, aconsejando después TARTUFERI y KUHN las sondas de ballena.

Las sustancias empleadas para modificar la mucosa sacular eran soluciones astringentes, antisépticos, caústicos, pomadas y aire, utilizándose sondas acanaladas, para introducir líquidos y cuerdas de violín mojadas en nitrato de plata, pasta de Canquoin etc.

La electrolisis fué empleada por DESMARRES, STEPHENSON y JESSOP

que utilizaron sondas de BOWMAN unidas a los conductos de la corriente. Posteriormente GRANDIE y LAGRANGE, construyeron sondas parcialmente recubiertas de sustancias aisladoras. PESCHEL introducía en el saco la punta del galvanocauterio, dejando pasar la corriente dos segundos.

El raspado con la cucharilla se practicaba, bien utilizando la vía canalicular, bien incindiendo previamente la pared anterior del saco.

La destrucción del saco, que nunca ha carecido de partidarios, se hacía por medio de los cáusticos, pasta de Viena, pasta de Canquoin, manteca de antimonio (MAGNE), nitrato ácido de mercurio, etc.; con el galvanocauterio, con el termocauterio ordinario o con el termocauterio provisto de una bola que tiene la ventaja de modificar energicamente sin destruir nada (PANAS).

La extirpación del saco fué recomendada por BERLIN en 1868. SCHREIBER en 1881 indicó los resultados obtenidos por ALF-GRAEFE practicando este procedimiento.

En esta época se inician los ensayos clínicos para conseguir una curación radical de las enfermedades de las vías de excreción de lágrimas por intervención quirúrgica rinológica. CALDWEL en 1893 introdujo una sonda hasta el punto en que estaba la estrechez, extirpó la mitad de la concha inferior y abrió hasta el punto en que estaba la sonda, estableciendo así un desague. En 1899 recomendó KILLIAN la extirpación de la parte anterior de la concha inferior y de toda la pared nasal del conducto. KILLIAN obtuvo buenos resultados con este método.

La extirpación de la glándula lagrimal ejecutada por BERNARD y después por ABADIE y otros, ha sido limitada por DE WECKER, en 1888, á la porción palpebral, operación que ha tenido buen éxito.

ANATOMIA DEL SACO LAGRIMAL Y DEL CONDUCTO NASAL

La conjuntiva está constantemente lubricada, en el hombre por las lágrimas, líquido acuoso que se esparce por su superficie y que está destinado a favorecer el deslizamiento de los párpados sobre el globo ocular y a prevenir las consecuencias de la evaporación que tiene lugar en las partes del ojo expuestas al aire, asegurando de este modo una repleción siempre igual de la cámara anterior y de los espacios linfáticos de la córnea.

Esta doble función está naturalmente desempeñada, en los animales que viven dentro del agua, por el líquido ambiente faltando completamente, el aparato lagrimal en los peces. Su aparición en el curso del desarrollo filogénico es consecuencia del abandono por los animales del medio

líquido y su paso a la vida aérea. Aparece en los urodelos (batracios), y persiste en grados diversos de desarrollo en los reptiles, aves y mamíferos.

Ni el hombre ni los cuadrumanos poseen la glándula lagrimal interna o glándula de HARDER(1), componiéndose por consiguiente su aparato lagrimal: 1º.-De órganos productores, glándula lagrimal propiamente dicha y glándulas conjuntivales; y 2º.-De un conjunto de conductos, vías lagrimales propiamente dichas, que recogen las lágrimas de la conjuntiva y las conducen a las fosas nasales.

Para el objeto de nuestro estudio y con respecto a la terapéutica, la segunda de estas dos partes, es con mucho la más importante, por razón de las diversas lesiones que en las vías lagrimales se presentan y de la multitud de tratamientos empleados con el fin de curar estas lesiones. Las afecciones de las glándulas lagrimales son por el contrario raras y poco variadas.

De la parte superior y externa del fondo de saco óculo-conjuntival,

(1).-Sin embargo GIACOMINI ha encontrado vestigios de ella en cierto número de negros del Africa central.

donde terminan los conductos excretorios de la glándula lagrimal, las lágrimas se esparcen uniformemente por toda la superficie de la conjuntiva y se dirigen hacia adentro. Se reúnen primeramente en el ángulo interno del ojo, donde el nombre de lago lagrimal que se ha dado a esta región. En este sitio son engullidas por dos pequeñas aberturas, llamadas puntos lagrimales, a los cuales siguen dos pequeños conductos, conductos lagrimales, los cuales terminan hacia la parte interna e inferior de la órbita en un reservorio, el saco lagrimal. Finalmente las lágrimas al salir del saco lagrimal penetran en un pequeño conducto, conducto nasal que las conduce al meato inferior de las fosas nasales.

El lago lagrimal, los puntos lagrimales, los conductillos lagrimales, el saco lagrimal y el conducto nasal constituyen las diferentes porciones del aparato conductor de las lágrimas, las vías lagrimales.

A parte de las lesiones propias de los conductos y puntos lagrimales,

toda afección del resto de las vías lagrimales, caracterizada por el lagrimeo, acompañado o no de supuración, recibe el nombre genérico de dacriocistitis. Es por consiguiente indispensable conocer bien la anatomía del saco lagrimal y del conducto nasal, para emprender con fruto el tratamiento de esta afección.

La forma del saco lagrimal recuerda la del ciego, terminado por ~~xx~~ arriba en fondo de saco, se continúa por abajo con el conducto nasal y recibe por su pared externa el tronco común de los conductillos lagrimales, que presenta en su desembocadura un repliegue membranoso, válvula de HUSCHKE, igual que existe la válvula de BAUHIN en la terminación en el ciego del intestino delgado.

Las dimensiones del saco lagrimal varían en los distintos individuos pudiéndose aceptar como dimensiones medias 10 á 15 m.m. en sentido vertical, 6 á 7 m.m. en el antero-posterior y 3 á 5 m.m. en el transversal.

El saco lagrimal es por consiguiente ligeramente aplastado de fuera a dentro. Su capacidad media es de 20 m.m.³ pero puede llegar por distensión hasta 1 ó 2 c.c. Su dirección es oblicua hacia abajo, atrás y afuera.

Para alojar al saco lagrimal existe en la pared interna de la órbita, una depresión, fosa lagrimal, que está formada por el unguis y el maxilar superior y limitada por dos eminencias óseas una anterior, cresta lagrimal anterior que pertenece a la apófisis ascendente del maxilar superior, y otra posterior, cresta lagrimal posterior, que está formada en el unguis. Estas dos eminencias se unen por abajo formando un orificio, por el cual la fosa lagrimal se continúa con el conducto nasal óseo. Por arriba llega hasta el frontal y respecto a su fondo liso y regular no ofrece más particularidad que la extremada delgadez del hueso a este nivel. La fosa lagrimal es lo bastante profunda para contener próximamente, la mitad del saco lagrimal, correspondiente a sus paredes interna y posterior.

Las relaciones del saco lagrimal tienen mucha importancia desde el punto de vista de la operatoria. La extremidad superior, redondeada, fondo del saco lagrimal, está situada entre el músculo orbicular por delante y el ligamento ancho del párpado por detrás. Sobresale de ordinario del borde superior del ligamento palpebral interno y queda a 15 m.m. por debajo de la polea de reflexión del oblicuo mayor. A este nivel pasan la raíz inferior de la vena oftálmica superior, la arteria nasal y el nervio nasal ~~interno~~ interno.

La cara anterior está en relación con el ligamento palpebral interno, que la cruza transversalmente, con el tejido celular bastante denso de consisura y la piel.

La cara posterior corresponde al tendón reflejo del músculo orbicular, doblado por detrás por la inserción del músculo de HORNER y por encima y por debajo de este tendón, con el septum orbitario, que separa el saco

lagrimal, del tejido célula-adiposo de la órbita.

La cara interna corresponde al periostio de la fosa lagrimal, a la cual está unida por un fieltro de fibras conjuntivas, en el que se encuentra un plexo venoso muy desarrollado. Más profundamente esta cara, está en relación con las células etmoidales anteriores.

La cara externa, comprendida entre los tendones directo y reflejo del orbicular, corresponde en su parte inferior al músculo oblicuo menor, al que presta algunas inserciones.

La superficie interior del saco lagrimal, tapizada por una delgada mucosa, presenta dos divertículos, uno que ocupa la pared externa correspondiendo a la desembocadura de los conductillos lagrimales, seno de MAIER, y otro que ocupa la parte inferior, seno de ARLT provisto de una válvula, a la que BERAUD dió mucha importancia en la producción del tumor lagrimal y describió en esta forma "Teniendo 4 ó 5 m.m. de altura, está situada en la pa-

red inferior del saco lagrimal, se desprende de la pared externa de esta cavidad y se dirige oblicuamente hacia arriba, de suerte que si idealmente la prolongamos viene a dar contra la pared interna del saco cerca de su parte superior".

La mucosa del saco lagrimal, se continúa hacia fuera con la de los conductillos lagrimales y hacia abajo con la del conducto nasal que a su vez se continúa con la pituitaria.

El conducto nasal labrado en la pared externa de las fosas nasales y continuación hacia abajo de la fosa lagrimal está formado por tres huesos; el maxilar superior, el unguis y el cornete inferior. De estos huesos, el maxilar superior es el que toma la mayor parte, constituyendo el conducto nasal, con su apófisis ascendente, cuya cresta lagrimal se une al proceso lagrimal del unguis y además con una porción del cuerpo que se une a la apófisis lagrimal del cornete inferior. GNIBER sin embargo opina que el unguis no to-

ma parte en la constitución del conducto nasal, cuya formación estaría encomendada solamente a la apófisis ascendente y al cuerpo del maxilar.

La longitud del conducto lacrimo-nasal según MERKEL-KALLINS es de 10 a 12 m.m.; según SCHWALBE puede oscilar entre 12 y 24 m.m.; siendo su calibre de 3 á 4 m.m. proximamente en sentido antero-posterior y algo menos en sentido transversal. Convexo hacia delante, se dirige oblicuamente siguiendo la dirección del saco lagrimal, hacia abajo, atrás y afuera. Esta dirección está indicada según ARLT por una línea que partiendo del centro del ligamento orbitario interno vaya al surco naso-labial. También se puede marcar la dirección del conducto nasal, trazando una línea desde el ángulo interno del ojo al intersticio que separa el primer premolar del segundo. Algunas veces esta línea termina sobre el segundo molar y hasta entre el segundo y el tercero. En el niño esta línea comienza en el ángulo interno del ojo y termina a nivel del primer premolar.

Por arriba, el conducto nasal se continúa, como ya hemos indicado, con el saco lagrimal, presentando un estrechamiento de $1\frac{1}{2}$ a 2 m.m. de diámetro. Por abajo desemboca en el meato inferior de las fosas nasales, unas veces en el ángulo formado por la unión de la concha inferior con la pared externa de la fosa nasal y otras un poco más abajo en plena pared externa del meato inferior. Esta situación es muy variable OSBORNE, que ha examinado más de 150 fosas nasales, no ha podido dar una fórmula general. Se admite comunmente que el conducto nasal se abre en el meato inferior, en la unión de su cuarto anterior con los tres cuartos posteriores y a unos 30 m.m. de distancia del ala correspondiente de la nariz. Según BERAUD esta distancia es próximamente igual a la que separa los ángulos mayores de ambos ojos. Se encuentra también a 8 ó 10 m.m. por detrás de la extremidad anterior de la concha inferior y corresponde al vértice de un ángulo saliente, que forma en este punto el borde adherido del cornete.

La desembocadura del conducto nasal en el meato inferior, es variable por lo que respecta a la forma; unas veces es un simple orificio, otras, las más, se continúa con un canal labrado en la mucosa, sulcus lacrimalis. El orificio puede ser redondo, en forma de hendidura y hasta puntiforme, existiendo por lo general a este nivel un pliegue de la mucosa, plica lacrimalis. Según HENLE el orificio puede ser doble y el sulcus lacrimalis en casos observados por BOCHDALEK está en relación con otro, grabado en el suelo de las fosas nasales, que representa la extremidad ciega del canalis incisivus. VIACOVICH y MANFREDI, encontraron en un recién nacido la extremidad inferior del conducto nasal ocluida, estando representada por una pequeña ampolla.

El conducto nasal tiene importantes relaciones con las células etmoidales sobre todo con la célula etmoidal anterior o celda lagrimal. Por dentro está en relación con la pared externa de las fosas nasales, el meato medio, la inserción del cornete medio y la inserción del cornete inferior.

3/

Por fuera corresponde al seno maxilar, en donde forma un saliente más o menos acentuado, al cual ha designado ZUCKERKANDL con el nombre de protuberancia lagrimal. FEIN en 33 preparaciones encontró la protuberancia lagrimal muy marcada, en 9, poco marcada en 7, faltando en las 17 restantes. Además encontró en un caso, en que faltaba la protuberancia y en que la pared del antro era de 1 m.m. aproximadamente, la prolongación del alveolo del primer premolar alcanzando el conducto nasal.

Interiormente está revestido por la mucosa, continuación de la del saco por arriba y de la pituitaria por abajo, que desempeña el papel de periestio. Gruesa y resistente está, sin embargo, poco adherida al hueso despegándose, por esto fácilmente. Esta mucosa presenta gran número de repliegues descritos con el nombre de válvulas, a las que se ha atribuido la función de regular el curso de las lágrimas. Entre las más importantes por la constancia con que se encuentran tenemos la válvula de TAILLEFER que ocupa

la porción media y la de HASNER situada a nivel del orificio inferior.

Como ya hemos tenido ocasión de indicar, el conducto nasal está sujeto a numerosas variaciones, según los individuos, relacionadas la mayor parte de las veces con la diversidad de conformación del esqueleto de la cara, que se revelan por el aplastamiento de la nariz y la separación de los pómulos, o a la inversa por el estrechamiento de la cara, la nariz remangada y el desarrollo de los senos frontales, lo cual hace variar la inclinación del conducto nasal con respecto al plano sagital.

La exploración de las fosas nasales nos demuestra en la mayoría de los individuos un desarrollo desigual de los meatos, por desviaciones del tabique o por desarrollo excesivo de las conchas, lo que ocasiona un rechazamiento de los conductos óseos, con reducción del calibre y desviación en sentido transversal o antero-posterior.

En el trayecto del canal nasal han señalado ROCHON-DUVIGNEAUD y

JG

otros autores, dilataciones ampulares y anfractuosidades de las cuales TARTUFERI describe cinco tipos: 1°.-Conducto nasal de calibre casi uniforme en toda su extensión, con solo dos estrechamientos, uno en el orificio superior y otro en el inferior; 2°.-Canales en forma de ampolla hacia su extremidad inferior; 3°.-Canales moniliformes, es decir con partes ensanchadas y retraídas, situadas alternativamente; 4°.-Canales dobles, en una mayor o menor extensión de su trayecto; y 5°.-Canales provistos de divertículos accesorios.

El saco lagrimal y el conducto nasal presentan algunas modificaciones en el niño, que conviene conocer. PETERS hizo notar que algunas veces el conducto nasal no comunica aún, con el meato inferior en el momento del nacimiento. La anchura del conducto nasal es bastante grande proporcionalmente. ANODI dá las siguientes cifras: en el recién nacido varía entre 1 1/2 y 2 m.m.; en un niño de dos meses era de 2 m.m.; en uno de cuatro meses era de 1 1/2 m.m.; a los cuatro meses y medio varía entre 2 y 3 m.m.; a

18

los cinco meses es de 2 á 3 1/2 m.m.; á los ocho meses oscila entre 3 y 8 m.m.; en un niño de once meses era de 2 m.m.; en uno de doce meses tenía 3 m.m.; en uno de catorce 1 1/2 m.m.; a los tres años 2 1/2 m.m. y á los seis años 3 y hasta 9 m.m.

29

FISIOLOGIA DEL APARATO LAGRIMAL

Conforme hemos indicado anteriormente la conjuntiva se encuentra continuamente humedecida por el humor lagrimal, segregado por pequeños acini glandulares repartidos por la conjuntiva y por un aparato secretor de mayor importancia constituido por la glándula lagrimal, órgano alojado como sabemos en la parte superior externa de la órbita y cuyos conductos excretores se abren a nivel del fondo de saco conjuntival superior.

El estímulo secretorio de la glándula lagrimal puede ser físico o psíquico. Este último está regido según algunos autores, por un centro situado en el tálamo óptico, en cuyo sitio se localiza igualmente el centro de las expresiones emotivas. La estrecha relación de estos dos cen-

tros, está demostrada por presentarse hipersecreción lagrimal lo mismo en las emociones de fuerte alegría, que en las de temor o tristeza. En el recién nacido estos centros, están en estado rudimentario, por eso el niño llora sin derramar lágrimas, aunque esto también pudiera explicarse por falta de desarrollo del tejido adenoideo de la glándula lagrimal. El estímulo físico, puede partir del ojo o de las fosas nasales.

La glándula lagrimal está inervada por las ramas primera y segunda del trigémino, mediante el nervio lagrimal y el subcutáneo-malar o nervio zigomático y además por algunos filetes del simpático. Por lo que respecta al nervio lagrimal BEAUNIS ha observado en el conejo, el aumento de secreción por excitación del cabo periférico. Las fibras secretoras no salen, sin embargo, del cerebro con el trigémino, sino que se le unen en la periferia, siendo procedentes del facial, del cual se separan en el ganglio geniculado, yendo mediante el nervio petroso superficial mayor al ganglio esfemo-

46

palatino y de allí a las ramas del trigémino, primero a la segunda, y retrocediendo después para buscar la primera y penetrar con ella en la órbita. Es posible que estas fibras, más que al núcleo del facial, pertenezcan al del glossofaríngeo.

Respecto al simpático, parece que tiene cierta influencia sobre la humedad constante que proporcionan toda la conjuntiva y sus glándulas. SCHIRMER⁽¹⁾ que ha analizado cualitativa y cuantitativamente las lágrimas en tres casos de parálisis antigua del simpático y en otros tres, antes y después de la resección del ganglio cervical superior, concluye que el simpático, lo mismo que el facial, no obra sobre los vasos y sí directamente sobre las células glandulares.

La secreción lagrimal excesiva es consecuencia de la exageración de ciertos reflejos, cuyas vías están constituidas por el nervio lagrimal y el gran número de anastomosis de este nervio con los filetes del frontal su-

(1)-Sociedad alemana de oftalmología. HEILDEMBERG, Agosto-1908.

perciliar, occipito-frontal etc. Las anastomosis del nervio lagrimal con los nervios ciliares cortos y con el nervio nasal, explican el lagrimeo que acompaña a las afecciones del iris, cuerpo ciliar y mucosa de la nariz. En la astenopia acomodativa, así como se produce congestión de la conjuntiva y de los párpados, se produce lagrimeo por excitación del músculo ciliar.

En el periodo incipiente de ciertas afecciones del sistema nervioso, por ejemplo en las tabes, en el bocio exoftálmico existe con frecuencia el lagrimeo, lo cual según SATLER sería debido á una neurosis de la glándula; no obstante otros autores opinan que la hipersecreción lagrimal en semejantes casos está en relación con una imitación del simpático.

Las parálisis del facial, cuya causa reside en el gánglio geniculado ó por encima de él, tienen como consecuencia el agotamiento de las lágrimas en el ojo correspondiente. En cambio la humedad ordinaria del ojo permanece casi igual indicando su independencia con respecto al facial. Has-

ta puede ocurrir que en casos de parálisis del facial, el ojo lagrimee continuamente cuando está afectado de queratitis o falta de parpadeo.

Las lágrimas después de lubricar la conjuntiva, desaguan por el conducto nasal y se vierten en las fosas nasales, humedeciendo la pituitaria. Este desague es asaz complejo y por lo mismo no hay absoluta conformidad entre los autores en lo que se refiere á su mecanismo.

JUAN LUIS PETIT, explicaba la progresión de las lágrimas por un mecanismo análogo al del sifón; pero el hecho frecuentemente observado, de que las obstrucciones del conducto nasal no impiden que las lágrimas lleguen al saco, así como la existencia de una fístula de las vías lagrimales, tampoco es obstáculo á su libre curso, vino á demostrar lo inexacto de dicha teoría.

Según DEUTSCHENSKO y RICHTER, partiendo del supuesto de que el conducto nasal está hermeticamente cerrado, el saco lagrimal se dilata bajo la influencia de la acción del orbicular, desempeñando así el papel de un pistón, que atrae las lágrimas por los puntos lagrimales. El saco lagrimal

44

obraría en este caso, a la manera de una bomba aspirante.

En opinión de FOLTZ al cerrarse los párpados se produce un sístole que empuja las lágrimas y al abrirse un diástole que las aspira. A cada parpadeo se contrae la porción del músculo orbicular que está unido a la pared del saco lagrimal. Ahora bien, como la pared interna del saco, fuereamente adherida al hueso, no puede seguirla, se forma una luz en el saco lagrimal, en tanto que antes las dos paredes estaban aplicadas una contra otra.

En esta luz son aspiradas las lágrimas directamente. Si el parpadeo cesa, el saco lagrimal se contrae de nuevo gracias a su elasticidad corriendo las lágrimas hasta abajo por el conducto. Este mecanismo se efectúa inconscientemente y cuando en el fondo de saco conjuntival se acumula gran cantidad de lágrimas, parpadeamos repetidas veces, y facilitamos su progresión.

Esta opinión esta fundada en la existencia de una válvula que obturaría el orificio inferior del conducto nasal y de la cual dice RICHEL:

"Algunas veces parece que esta válvula no existe, pero en este caso he encontrado constantemente más arriba, ya en la longitud del conducto, ya en la parte que se continúa con el saco, una y a veces dos válvulas análogas a las que se encuentran en las venas y dispuestas de tal modo, que deben facilitar el curso de las lágrimas hacia las fosas nasales, al mismo tiempo que impedirán todo reflujo así de líquido como de aire desde estas cavidades a las vías lagrimales".

Aparte de que SAPPEY niega en absoluto la existencia de esta válvula, sin la cual la teoría por ingeniosa que sea no puede subsistir, tenemos el experimento de WEBER el cual introdujo un manómetro muy sensible en las vías lagrimales y electrizando alternativamente la porción superior e inferior del orbicular no comprobó variación alguna en la presión manométrica.

GIRAUD TENTON publicó en los "Anales de Oculística", un trabajo, asignando un papel importante a los párpados, por el movimiento en espiral

que realizan. Teniendo en efecto el parpadeo un papel importante en la progresión de las lágrimas, se admite hoy que la misión del orbicular es aplicar los puntos lagrimales contra el lago lagrimal, siendo la capilaridad la que determina la progresión de las lágrimas, a través de los canaliculos lagrimales. Así se explica la epífora consecutiva a la parálisis del orbicular.

En la estructura de las vías lagrimales todo está dispuesto para impedir su aplastamiento. Los puntos son fibrocartilaginosos; los conductillos tienen un músculo, destinado a mantener separadas sus paredes; los tendones del orbicular, mantienen abierto el saco lagrimal y el conducto nasal tiene paredes óseas. Por esto parece más aceptable la teoría de SEDILLOT que atribuye el principal papel, en la progresión de las lágrimas, al vacío que ~~queda~~ en las vías lagrimales la evaporación y aspiración que le hace la columna de aire que pasa por las fosas nasales a cada movimiento respirato-

48

rio.

RAVA (citado por IVANISSEVICH) demostró esto haciendo un taponamiento del orificio posterior de las fosas nasales y comprobando que dejaban de correr con regularidad por el conducto nasal. Para ello introdujo en un saco lagrimal que tenía un trayecto fistuloso un poco de tintura de tornasol y en el fondo de saco conjuntival un colirio de ácido cítrico. El tornasol no llegó a la nariz hasta que se destapó el orificio posterior de las fosas nasales.

A pesar de esta experiencia tan concluyente, debemos admitir que la progresión de las lágrimas a través de sus conductos de desague, resulta de una acción combinada de la pesantez, la capilaridad, las ~~contracciones~~ contracciones del orbicular y la corriente respiratoria.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA DE LAS DACRIOCISTITIS

Los antiguos, ignorando la existencia de las vías ~~lagrimales~~ de desague de las lágrimas, atribuían a una inflamación de origen óseo, el tumor lagrimal. Posteriormente SCARPA, observando la frecuente coincidencia de la dacriocistitis con la bléfaro-conjuntivitis, pensó que la penetración del pus conjuntival en el saco, acarrea consecutivamente su inflamación; pero los oftalmólogos notaron, que la blefaro-conjuntivitis, precede muy raras veces y en cambio sucede, casi siempre, al tumor lagrimal, y estudiando este hecho apareció la duda, y quedó sentado que la presencia de las citadas afecciones no era la causa ocasional de la dacriocistitis.

ABADIE, aprovechando la observación de CUSCO, de que muchos enfer-

49

mos de vías lagrimales, padecían al mismo tiempo la carie dentaria, ~~hasta~~ ^{la propagación de la osteoperiostitis dentaria hasta el} canal nasal. Parece sin embargo, más razonable la opinión de PANAS, de que dichas afecciones en vez de originarse mutuamente tienen un solo y único origen, la escrófula.

GALEZOWSKI basándose en análisis del líquido lagrimal, creó una teoría química, achacando a una alcalinidad exagerada de las lágrimas, la causa de la inflamación de las vías lagrimales. Estudios posteriores hicieron correr a esta teoría la misma suerte que las anteriores.

BODAL atribuyó la causa de las dacriocistitis a los vicios de refracción y presentó una estadística de 165 enfermos con inflamación del saco lagrimal, de los cuales 87 tenían al mismo tiempo visión defectuosa.

KIRMISSON en su tratado de Patología externa, volviendo en parte a las teorías de SCARPA dice: "la propagación de la inflamación de la conjuntiva a las vías lagrimales, explica la producción de las lesiones, so-

bre todo en las conjuntivitis purulentas y catarrales y en las que suceden a fiebres eruptivas principalmente al sarampión".

Prescindiendo de estas opiniones, nosotros creemos que toda dacriocistitis resulta de una infección microbiana que constituye la causa determinante. Esta es indispensable y la dacriocistitis no puede sobrevenir sin ella. Pero la clínica nos demuestra todos los días que la infección llevada a un saco lagrimal sano, no basta para producir su inflamación; por esto las dacriocistitis consecutivas a inflamaciones conjuntivales son relativamente raras. TROUSSEAU que admitía el paso de los microorganismos de la conjuntiva a la pituitaria y recíprocamente dice haber observado casos en que estos gérmenes atravesaron las vías lagrimales produciendo lesiones antes de su entrada, en la conjuntiva, y después de su salida, en las fosas nasales, dejando indemnes las vías que les dieron paso.

Ocurre aquí algo semejante a lo que sucede en las inflamaciones



de la vejiga urinaria. Todos sabemos que cateterismos uretrales sépticos no basten ~~para~~ para ocasionar cistitis, que individuos afectos de pielonefritis, orinan pus en abundancia durante años sin presentar síntomas vexicales, y que después de la ~~obligación de~~ obliteración del riñón pionefrótico, la orina de estos, "orinadores de pus" de GUYON, vuelve a ser limpia inmediatamente.

Se necesitan, pues, causas coadyuvantes que hagan el medio, favorable y permitan el desarrollo microbiano.

Siguiendo el método que ALBARRAN, HALLE y LAGRAN (1) emplean en el estudio de las inflamaciones vexicales pasaremos nosotros revista al estudio de las dacriocistitis: 1°.-Al microbio causa determinante; 2°.-Sus vías de acceso y 3°.-Las causas coadyuvantes a la infección del saco lagrimal.

1°.-EL MICROBIO CAUSA DETERMINANTE.-La mayor parte de los microbios pueden dar lugar a dacriocistitis; desde el estreptococo al bacilo de (1).-Informe al congreso de Urología de 1898.

KOCH y desde el estafilococo al bacilo de LOFFLER, la lista es numerosa.

AXENFELD en su "Tratado de Bacteriología Ocular" cita treinta casos de tumores lagrimales, observados por BRONS y en los cuales el análisis bacteriológico del pus dió los siguientes resultados:

30 tumores lagrimales...	{	16 neumococos..	{	8 veces puros
			{	5 con estafilococos
			{	1 con bacilo fluorescente
			{	1 con estreptococo liquefaciente
			{	1 con bacilo coli
		7 estafilococos	{	6 puros
			{	1 con diplobacilos
		5 bacilos positivos al GRAAN		
		1 bacilo de PFEIFFER		
		1 bacilo de FRIEDLANDER		

muchas veces había también bacilo del xérosis.

CASALI (de Florencia) (1) expone el resultado de sus investigaciones en cincuenta casos de dacriocistitis crónica, catarral o purulenta y diez casos de dacriocistitis agudas en las cuales había extraído la secre-

(1).-La bacteriología delle dacriocistiti-Annali di Ottalmología 1908.

ción directamente del saco, después de la incisión de la pared y al comienzo del tratamiento. La virulencia de los distintos microorganismos la ensayó por inoculaciones a conejos, cobayos y ratones blancos. Las conclusiones que saca son las siguientes:

1º.-En la dacriocistitis catarral ó purulenta crónica.

Diplococo de TALAMON-FRAENKEL-39	veces (20 en cultivo puro).
Estreptococo.....	10 veces (3 en cultivo puro).
Bacilo coli.....	7 veces (1 en cultivo puro).
Estafilococo, aúreo	6 veces.
albus.....	4 veces.
citreus.....	3 veces.
Bacilo del xérosis.....	3 veces.

2º.-En la decriocistitis aguda.

Estreptococo.....	10 veces (8 en cultivo puro).
-------------------	-------------------------------

54

Estafilococo aureus..... 1 vez
 albus..... 1 vez
Bacilo del xérosis..... 1 vez

En los análisis bacteriológicos, del pus procedente de dacriocistitis practicados en la Clínica de Oftalmología del Hospital Provincial de Madrid hemos tenido ocasión de comprobar siempre el neumococo asociado por lo común con bacterias dispuestas en cadenas.

El diplococo es, pues, el microbio propio de las dacriocistitis crónicas, cediendo su lugar al estreptococo en el momento de la agudización del proceso. Los estafilococos son también muy frecuentes en las formas crónicas, siendo su virulencia tan poco marcada, según CASALI, que pudiera considerárseles como saprofitos. En las formas agudas el estafilococo se encuentra asociado al estreptococo que aunque se encuentra con relativa fre-

5

cuencia en las formas crónicas, es el propio de las agudas, en las que se le encuentra siempre, solo o asociado a otras especies microbianas, en particular como hemos dicho el estafilococo.

El bacilo coli es relativamente raro, CASALI lo ha encontrado por regla general en los niños, ancianos y personas poco cuidadosas, considerando su presencia en las vías lagrimales como accidental. El diplococo de FRIEDLANDER aunque raro, se encuentra con frecuencia en los ocnosos. Los saprofitos más frecuentes serían el bacilo del xérosis y el microbio cándican y entre los microbios que solo se encuentran excepcionalmente tenemos el bacilo piociánico (TERSON y GENOD) el gonococo (ANTONELLI), el bacilo subtilis, el proteus vulgaris, x el piogenus fetidus (RICCHI), el antimonice \$RICCHY y MITWALSKY), el bacilo del muermo (GOURFEIN), el diplobacilo de MORAX-AXENFELD (MULLER BRONS), el bacilo de KOCK-WECKS (GRIFFITH), el bacilo hemofilo de PFEIFFER (MULLER-BRONS, AXENFELD), el bacilo funduliforme (VEILLON y MO-

56

RAI), etc. etc.

2°.-Vías de acceso de los microbios.-Los microbios pueden llegar al saco lagrimal: a) por el conducto nasal (vía ascendente); b) por los canaliculos lagrimales (vía descendente); c) por solución de continuidad (vía por perforación); d) por adherencias inflamatorias (vía transparietal).

a) INFECCION POR EL CONDUCTO NASAL.-Que la comunicación con la nariz puede crear un camino a la infección y que el conducto nasal y saco lagrimal, cavidades accesorias de la nariz, pueden enfermar secundariamente, es un hecho que salta a la vista. A ZIEM en 1882 se debe la primera observación, debidamente fundada, sobre las relaciones entre las afecciones oculares y las de la cavidad nasal. Publicó después hechos interesantísimos, pretendiendo haber curado iritis, irido-ciclitis, estrechamientos del campo visual etc. tratando las afecciones nasales concomitantes y explicó estos hechos por la estrecha relación que existe entre la circulación del

58

ojo y de las fosas nasales.

KIRMISSON admite también la influencia de las afecciones nasales por propagación de la infección por vía ascendente y dice: "las cosas pasan como en la trompa de EUSTAQUIO y las afecciones de la faringe".

Según KUHNTS ~~XXXXXXXXXX~~ tienen las afecciones de las vías lagrimales un origen nasal en el 93,7 por 100 de los casos. AUBARET(1) cita casos de fumadores que expelían humo por los puntos lagrimales y un caso de epistaxis, en que después de hacer el taponamiento salía sangre por los puntos lagrimales. En otro caso del profesor RAU, el saco lagrimal que estaba tumefacto y cuyo contenido era aire se volvía a llenar después de vaciado, ya lentamente, ya de una manera brusca a consecuencia de una fuerte expiración por la nariz. Para AUBARET esto sería producido por insuficiencias valvulares originadas por la acción de sonarse, que si bien es más elegante, es en cambio menos conveniente ~~para~~ que el limpiarse por cualquier otro (1).-De la insuficiencia valvular del conducto lacrimo-nasal. Arch. d'Ophthal. Junio 1908.

SS

18

procedimiento que no aumente la presión del aire dentro del cavum, sobre todo en ciertas formas ~~ruidosas~~ ruidosas del acto de sonarse, ambas narices á la vez. Este autor ha podido comprobar algunas veces una presión intranasal de 15 centímetros de mercurio. SALUS observó también la subida de polvo de rapé hasta los puntos lagrimales y SCHENK refiere algunos casos de epirtaxis, en que pudo observar lo mismo que AUBARET, la salida de sangre por los puntos lagrimales. FEIN en casos en que el canal se había perforado y estaba en comunicación con el seno maxilar, vió á las lágrimas llegar al alveolo y al aire salir por los conductillos y puntos lagrimales.

Como se sabe al sonarse fuertemente las narices, pueden ser lanzadas al saco lagrimal mucosidades y particulillas infectadas de la mucosa que pueden dar origen á la infección del saco. BACH para comprobar este hecho, de la infección microbiana ascendente, introdujo en las fosas nasales de un individuo, un tapón de algodón impregnado en un cultivo de un

microbio inofensivo, el KULLER-WASSERBACILLUS, y a pesar de dejarlo a permanencia varias horas no consiguió descubrirlo en el fondo de saco conjuntival.

Como para desmentir esta experiencia está la observación de ARMAIGNAC, quien en una enferma atacada de coriza purulenta, vió producirse una conjuntivitis y más tarde una queratitis de hipopion, infección que según él, se realizó por el canal nasal, aunque muy bien pudiera objetársele que fuese transmitida por el pañuelo o por las manos.

Más concluyente es la observación de FURST que en un recién nacido, ocho días después de la curación de una conjuntivitis blenorragica, vió producirse una rinitis y más tarde una sinusitis purulenta de la misma naturaleza, a las que sucedió un absceso en el ángulo interno del ojo en cuyo pus se pudo encontrar también el gonococo de NEISSER.

Las investigaciones de STRANSS han demostrado con cuanta fre-

cuencia hay bacilos tuberculosos en fosas nasales, sanas en apariencia. Según TERSON, JAULIN y MORAX la tuberculosis de las vías lagrimales sigue frecuentemente al lupus de la mucosa nasal, que no se diagnostica por regla general hasta que la piel no está invadida secundariamente. Para ROLLET (de Lyon) (1) el lupus de las fosas nasales se acompaña de blenorrea del saco, estando indicado, aun en casos de simple lagrimeo, el examen de las fosas nasales buscando el lupus de la pituitaria. KRIEG vió en un caso de rinitis ozenosa el proceso atrófico, invadiendo el conducto nasal.

b) INFECCION POR VIA DESCENDENTE.-La tuberculosis de la conjuntiva puede propagarse al saco lagrimal; ROLLET cita varios casos así como también los habían ya observado GAYET, STÖLTING y otros. Sin embargo es con mucho más importante la propagación del tracoma. L. PICCILLIO (de Palermo) (2) ha estudiado bajo el punto de vista histológico doce sacos lagrima-

(1)-Tuberculose des voies lacrymales.-Informe presentado en la Sdad. Francesa de Oftalmología-1911.

(2)-La dacriocistitis tracomatosa y la blenorrea del saco lagrimal.-Annali di Ottalmología-1912.

C/

les, extirpados a tracomatosos afectos de dacriocistitis crónica o blenorrea del saco. Las lesiones comprobadas al microscopio corresponden enteramente a las que MOQUERO, LEBER y ADDARIO han establecido como características del proceso tracomatoso; lesiones granulomatosas, marcadamente diferenciadas de las lesiones gonocócicas (infiltración conjuntiva intensa) o de las lesiones puramente foliculares, linfoides.

Si un gran número de tracomatosos no presentan afecciones lagrimales, es porque faltan las causas coadyuvantes (retención) y la secreción conjuntival no infecta la mucosa del saco gracias a la circulación que permite la permeabilidad de las vías lagrimales; pero si una causa cualquiera hace que el curso de las lágrimas se detenga, se establece la infección sacular, con un proceso anatomo-patológico y clínico análogo al de la conjuntiva.

KALT, MOAURO y KUHN han sostenido esta misma opinión; sin embargo, hasta que el agente infeccioso del tracoma no se descubra y pueda poner-

se de manifiesto en la mucosa del saco, la cuestión de la dacriocistitis tracomatosa debe quedar en suspenso.

c) VIA POR PERFORACION.-Hay algunos abscesos inflamatorios, precistitis lagrimales, debidas a periostitis flegmonosas, de principio brusco, evolución rápida y síntomas generales de infección febril, en que sondas e inyecciones entran bien y en que la presión sobre el saco no dá nada al principio, complicándose después de dacriocistitis, por abrirse en el saco. El hecho aunque súmamente raro, es innegable.

d) VIA TRANSPARIETAL.-ROCHON DUVIGNEAUD(1) refiere un caso de un niño de siete años con un absceso tuberculoso adherente a la apófisis ascendente del maxilar superior y complicado de dacriocistitis. Del mismo orden son los casos de goma tuberculoso pericístico de ROHMER, los de fístulas de origen dentario (por un pequeño canalículo que vá del camino superior

(1)-Arch. d'Ophtal-1898.

63

al canal del unguis, donde termina por dos orificios) y los casos evidentes de flemones y de fonículo del gran ángulo del ojo, llamados ankilops por LAGRANGE, DEVAL y otros.

Lo mismo que los procesos vecinos al saco lagrimal y al conducto nasal, pueden interesar estos órganos por contiguidad, así las afecciones de las vías lagrimales pueden extenderse y dar origen a periostitis y osteitis de vecinidad. De antiguo se conocen las lesiones del ángulo interno del ojo independientes del aparato lagrimal y las lesiones superficiales a que dan lugar, especie de fístulas ciegas externas llamadas agilops por nuestros antepasados. Desempeñan también un importante papel los empiemas de las cavidades accesorias de la nariz. Las supuraciones crónicas del seno frontal, del antro, de las células etmoidales (RHESE) (1) que se propagan a las vías lagrimales. En la extensión de los procesos nasales a las vías de de-

(1)-Deutsche med Wochens.-1912.

desague de las lágrimas juegan un importante papel las venas y vasos linfáticos. Conocidas son las relaciones vasculares entre la mucosa de las fosas nasales y cavidades accesorias, y las vías lagrimales. Conocida ~~es~~ es la ~~relacion~~ que existe entre las venas del conducto nasal y del saco lagrimal, con la vena facial anterior, con la vena oftálmica y la vena infraorbitaria. ZUCKERKANDL describió la vena lacrimo-facial que desde la célula etmoidal anterior desciende y perfora el unguis.

Respecto a la posibilidad de infección sacular por vía hematogéna, solo por lo que se refiere al bacilo de Koch tenemos algunas indicaciones de ROLLET.

3°.-CAUSAS COADYUVANTES.-Como hemos podido observar, etiológicamente juegan un importante papel, todas las afecciones nasales, principalmente las que alteran el mecanismo de conducción de las lágrimas y obstruyen la desembocadura del conducto nasal, impidiendo el desague y favoreciendo la

65

retención.

BRÜCKNER cree que la mayor parte de las afecciones del saco lagrimal son de naturaleza rinógena. Los procesos patológicos de la mucosa nasal pueden extenderse a las vías lagrimales siendo las diferentes causas que originan compresión, las que producen la estancación de las lágrimas y la infección sacular.

En cuanto a lo primero hay un hecho cierto; las dacriocistitis se producen con mucha frecuencia en individuos escrofulosos que han sufrido largo tiempo rinitis crónicas. En una edad más avanzada, la mucosa nasal presentará un aspecto atrófico, el meato inferior estará libre, pero a pesar de esto el individuo padecerá una dacriocistitis que el examen rinoscópico no podrá explicar.

GELLE(1) dice que examinando cien individuos con diversas formas

(1)-Influencia de las lesiones nasales en la patogenia del lagrimeo.

de estrechez de las vías lagrimales ha encontrado en un 30 por 100 las fosas nasales absolutamente normales; en otro 30 por 100 desviaciones del tabique y lesiones banales; en otro 30 por 100 rinitis hipertrófica y en un 10 por 100 lesiones nasales diversas, de las cuales tres casos eran de sífilis nasal y otras 3 de rinitis atrófica o cénosa.

Como causa coadyuvante principal es necesario admitir la estrechez del conducto nasal y el éxtasis lagrimal que tienen por consecuencia. JANIN (1772), CUNIER (1841), ANZIAS-TURENNE (1853), HASNER (1876), BERAUD (1850), ROCHON-DUVIGNEAUD (1900) y TARTUFFERI (1902), han publicado casos de dacriocistitis coincidiendo con obstrucciones del conducto nasal.

Facilmente se comprende que el estrechamiento del conducto, estará facilitado por ciertas predisposiciones anatómicas preexistentes, tales como las desviaciones consecutivas a conformaciones especiales del esqueleto de la cara. Esto explica la frecuencia del lagrimeo en ciertas familias.

67

Sin que hasta ahora tengamos una explicación clara del hecho, el sexo femenino, es lo cierto, presenta una marcada predisposición a la dacriocistitis. Se ha indicado también la frecuencia a esta afección en individuos de nariz aplastada y pómulos salientes, indudablemente debida a una disposición anatómica especial según hemos tenido ya ocasión de indicar. La desembocadura del conducto nasal puede total o parcialmente obstruirse por hipertrofia de la mucosa, por pólipos, degeneración papilomatosa de la extremidad anterior del cornete inferior, por cuerpos extraños, lesiones sífilíticas o tuberculosas, por rinoscleroma, por sinequias entre el cornete y el tabique, por periostitis de las cercanías del ostium lacrimales, por formación de cicatrices en este lugar, etc.

Un simple coriza es bastante para producir el lagrimeo. Este lagrimeo está explicado por la constitución anatómica del tejido cavernoso submucoso de la nariz, cuya inflamación produce la obstrucción de la luz del

conducto nasal e impide el libre curso de las lágrimas.

Estrecheces congénitas, por inflamaciones, pólipos, exóstosis, hipertrofia del cornete, exudados mucosos o purulentos, desviaciones del tabique, destrucciones óseas, fracturas del vómer, etc.; son en resumen las causas que impiden el desague de las lágrimas, convierten al saco en cavidad cerrada y favorecen la infección. Esta teoría de la cavidad cerrada ha sido defendida por FUCHS; ocurría en el saco lagrimal algo parecido á lo que pasa en la vesícula biliar y en el apéndice. Que un tapón de cualquier clase venga a obstruir la luz de estas cavidades y veremos a los microbios saprofitos, huéspedes habituales de ellas, exaltar su virulencia y producir la flegmaía.

Mientras el canal nasal permanezca permeable podrán o no atravesarlo toda clase de gérmenes, aún los más virulentos sin dar lugar al tumor lagrimal; en cambio, que un obstáculo cualquiera venga a convertir en ca-

69

vidad cerrada lo que antes era fácil vía de comunicación y se producirá una estancación del líquido lagrimal, un medio de cultivo apto, donde los gérmenes inofensivos hasta entonces, se desarrollarán, exaltarán su virulencia y producirán la dacriocistitis.

El neumococo productor de la úlcera serpiginosa de la córnea, es también el microorganismo que con mayor frecuencia encontramos en las dacriocistitis, debido indudablemente a su habitual residencia en las fosas nasales y cavidad bucal, así como el estreptococo y el estafilococo, huéspedes de la piel son los que producen por regla general los flemones del saco, pero todos sabemos que son infinitos los casos en que existen estos microbios sin dar lugar a ninguna manifestación patológica por parte del saco lagrimal, y es que es ya un concepto ya viejo en medicina que la existencia de los microbios no basta para determinar la afección sino que es necesario también un irregular funcionamiento, del organismo, que es en este caso particular, la

impermeabilidad del conducto nasal.

Del gran número de conjuntivitis purulentas que se observan en el recién nacido, apenas si un 10 por 100 se complican de dacriocistitis y aun estos casos podemos explicarlos por la persistencia de los tabiquamientos que en el conducto nasal existen hasta el sexto mes de la vida intrauterina.

Más tarde en el niño y en el adulto las afecciones nasales son las que con mayor frecuencia pueden ser causa de dacriocistitis por la obliteración que producen en el canal nasal. Las observaciones clínicas, a este respecto, son numerosas, según hemos ya indicado; todos los oftalmólogos han observado la coexistencia del tumor lagrimal con obstrucciones o estrecheces del conducto lacrimo-nasal producidas en su inmensa mayoría por afecciones rinógenas, y lo que es más la desaparición del primero por medio de un tratamiento adecuado de estas últimas. Así lo han observado entre

7

otros BERGER, PANAS, ZIEN, PETER, RHESE, BRUCKNER, etc.

TERAPEUTICA DE LAS DACRIOCISTITIS

Conociendo ya los diversos tratamientos empleados en otros tiempos para curar la afección objeto de nuestro estudio y teniendo ya suficiente base con los datos anatómicos, fisiológicos y etiológicos ~~com~~ patogénicos que hemos expuesto, podemos ahora entrar de lleno en la exposición de la TERAPEUTICA ACTUAL DE LAS DACRIOCISTITIS.

Siendo la dacriocistitis una infección del saco lagrimal, producida por microbios, cuyo desarrollo está favorecido por ciertos factores, que hemos llamado causas coadyuvantes, sin las cuales como hemos visto no se produce la afección aunque existan los gérmenes y siendo una enfermedad que tiene graves complicaciones oculares y hasta algunas de ellas mortales(1), re-

(1)-Castresana. La dacriocistitis como causa de muerte. Arch. de Oftal Hisp. Amer Febrero 1911.

sultará que para hacer una terapéutica racional y completa tendremos: 1° que suprimir la infección; 2° evitar o tratar las complicaciones que puedan presentarse y 3° suprimir las causas que dieron lugar o que facilitaron el desarrollo micribiano, para impedir la reproducción.

Muchos de los procedimientos empleados en el siglo XIX se siguen usando en la actualidad; algunos se han modificado, en otros se sigue la misma técnica y por último han aparecido otros nuevos que vienen a aumentar el ya grande arsenal terapéutico de las dacriocistitis.

Estudiaremos primero estos procedimientos con sus técnicas respectivas y después haremos algunas consideraciones sobre el empleo de cada uno de ellos en casos determinados.

Para hacer el tratamiento podemos emplear sustancias medicamentosas, astringentes, antisépticos, cáusticos, etc. (tratamiento medicamentoso, que pudieramos llamar); medios mecánicos cruentos o no cruentos (tratamiento

que podemos decir quirúrgico) o combinar uno y otro (tratamiento mixto).

Ahora bien, si tenemos en cuenta qué son operaciones ó remedios quirúrgicos según la definición de ARGUMOSA "todos los actos que se practican con la mano sola ó armada de instrumentos y con un fin terapeutico", tendremos que incluir en el tratamiento quirúrgico de las dacriocistitis casi todo lo referente a la terapeutica local y reservar el nombre de tratamiento médico, al tratamiento general de esta enfermedad.

Pasemos revista a los recursos terapeuticos más comunmente usados en la afección que nos ocupa, estudiándolos con arreglo al siguiente cuadro, en el que como puede verse están representadas ^{total} ó la mayor parte por lo menos de las terapeuticas conocidas hasta el día:

TERAPEUTICA DE LAS DACRIOCISTITIS

		(Empleo de tópicos.....	{	Instilaciones de colirios. Aplicación de pomadas. Inyecciones y lavados.
	{No operatorio.	Termoterapia.....	{	Compresas calientes. Diatermia.
		Mecanoterapia.....	{	Masaje. Compresión.
			{	
Local.....		{Restablecer las vías de desague.....	{	Cateterismo. Dilatación... {Con sondas. Electrolítica. Estricturotomía. Apertura del conducto nasal y cateterismo retrógrado.
	{Operatorio. puede tener por objeto...	Creación de nuevas vías de desague.....	{	(Dacriocisto-rinostomía.. (Externa: O. de TOTI. (Intranasal: O. de POLIAK. Operación de EICKEN.
		Supresión de los órganos secretores.....	{	(Extirpación de la glándula.
		Supresión de los órganos excretorios.....	{	(Destrucción del saco. (Extirpación del saco.
T. general.....	{	(Higiénico. (Farmacológico. (Microbioterápico.		
T. de las complicaciones.				

TRATAMIENTO LOCAL NO OPERATORIO. EMPLEO DE TOPICOS.- Está constituido por la instilación de colirios, aplicación de pomadas y las inyecciones y lavados con soluciones antisépticas.

INSTILACIONES.- Los colirios astringentes o ligeramente caústicos de sulfato de zinc, argirol y protargol son los más empleados. Antiguamente se usaban como agentes de sustitución, se quería transformar una inflamación de mala naturaleza en otra buena, franca, que se resolviese fácilmente y sin dejar huella.

Si en el fondo de saco conjuntival se instilan algunas gotas de un colirio astringente, el enfermo experimenta un vivo escozor, la secreción lagrimal aumenta, los vasos se dilatan y el ojo se inyecta. Estos fenómenos adquieren su máxima intensidad al cabo de algunos minutos, desapareciendo después de un tiempo variable. Parece que la instilación del colirio astringente conduce por algunos minutos a la parálisis de los vasomotores y por

consiguiente a la vasodilatación seguida algún tiempo después de vasoconstricción. Estas alternativas de vasodilatación y vasoconstricción producen modificaciones en los conductos de las glándulas de la mucosa. En esta acción y en las propiedades antisépticas o bactericidas de las sustancias empleadas están fundadas las ideas modernas sobre su acción.

El SULFATO DE ZINC se usa disuelto en agua destilada en la proporción del 1/2 al 2 por 100. Suele asociársele el agua destilada de laurel cerezo que aumenta su poder astringente y asegura su conservación.

Puede formularse:

Sulfato de zinc.....10 centigramos.

Agua destilada de laurel cerezo.....50 centigramos.

Agua destilada.....10 gramos.

para instilar 2 gotas al día.

El PROTARGOL, albuminato de plata, conteniendo un 8 ó 8,3 por 100 de

este metal, es muy soluble en el agua y debe conservarse en frascos de color caramelo, pues la luz le descompone, por oxidación del cuerpo proteico, haciéndole irritante para los tejidos. Se usa en solución del 2 al 10 por 100.

El ARGIROL, procedente de Filadelfia, es una combinación de plata y vitelina obtenida por síntesis. Contiene un 30 por 100 de plata que le hace más bactericida que el protargol. Es menos irritante que cualquier otra sal de plata y no produce dolor alguno aplicado localmente. Se emplea en solución al 10, 20 y 30 por 100.

La instilación de estos colirios se hará dos veces al día siguiendo la técnica siguiente: Haciendo al enfermo mirar hacia arriba y aplicando el dedo índice en el ángulo interno del ojo, hacemos compresión con objeto de vaciar el contenido del saco lagrimal que saldrá por los puntos lagrimales. Limpiamos este exudado e invitamos al enfermo á que incline su cabeza hacia atrás y al lado contrario al ojo que vamos á curar. Separamos los párpados

con los dedos índice y pulgar de nuestra mano, contraria al ojo enfermo e instilamos en el fondo de saco conjuntival inferior una o dos gotas del colirio elegido. Por la acción de la gravedad el líquido se acumulará en el lago lagrimal y haciendo nosotros sobre los párpados los movimientos correspondientes procuraremos que el líquido instilado bañe los dos puntos lagrimales, con objeto de que penetre en los conductillos y llegue al saco.

POMADAS.-La mayor parte de las pomadas disminuyen la vitalidad de las bacterias, pero su acción bactericida no comienza a notarse hasta después de algunos días de aplicación.

STRAUS ha investigado el valor bactericida, de las pomadas oculares, para el bacilo piocianico, el estafilococo dorado y el bacilo coli. Según su actividad y de mayor a menor las colocó en el siguiente orden: iodo (5 al 10 por 100), yodol (5 al 10 por 100), óxido amarillo de mercurio (2 por 100), x yodoformo (5 al 10 por 100), airol (5 al 10 por 100), ácido bórico (4 por 100),

theoformo(5 al 10 por 100), aristol(5 á 10 por 100).

La más empleada es la pomada de óxido amarillo de mercurio al 2 ó 5 por 100. Desgraciadamente esta pomada, frecuentemente mal hecha por los farmacéuticos, es algunas veces mal soportada, produce dolor e irritación y los enfermos abandonan su uso. Estos accidentes son debidos por regla general a la impureza del óxido amarillo y al modo de preparación. La vaselina con que se hace, rara vez es neutra, siendo esta última la única que puede emplearse en terapéutica ocular. Según MORETTI de Milán, para obtener una pomada de óxido amarillo perfecta es necesario: 1º-emplear el óxido amarillo recientemente preparado y todavía húmedo; 2º-el escipiente debe ser la lanolina y 3º-la pomada debe hacerse á fuerza de mortero. Es, pues, necesario que el farmacéutico precipite por sí mismo el óxido amarillo, preparación por otra parte muy fácil, pues basta verter una solución de cloruro mercúrico en otra de potasa cáustica teniendo cuidado de agitar continuamente. El óxido

se lava por decantación hasta que no precipite por el nitrato de plata y se enjuga sobre un filtro sin desecarlo. Incorporado inmediatamente a la lanolina y porfirizado, permite ~~permite~~ obtener una pomada completamente indolora y bien soportada a cualquier dosis.

En España tenemos ya casas que preparan estas pomadas en muy buenas condiciones, expendiéndolas en tubos semejantes a los de las pinturas oleosas que las ponen a cubierto de las infecciones, permitiendo conservarlas largo tiempo en buen estado.

La pomada de óxido amarillo se depositará en el fondo de saco conjuntival inferior, haciendo después un poco de masaje, con objeto de favorecer su penetración por los puntos lagrimales.

También se usan pomadas de óxido de zinc y de ictiol para tratar la blefaritis eritenatosa que suele acompañar a la epífora.

Puede formularse:

Oxido amarillo de mercurio recientemente

precipitado y lavado..... 10 centigramos.

Lanolina..... 5 gramos.

Porfirícese.

Oxido de zinc..... 1 gramo.

Vaselina blanca..... 10 gramos.

ó también.

Oxido de zinc..... 1 gramo.

Unguento simple }
Cold-cream } a. a. 5 gramos.

Aplíquese diariamente.

INYECCIONES Y LAVADOS.- Se practican con la jeringa de ANEL

pero se puede utilizar cualquier jeringa de inyecciones hipodérmicas de 5 á 10 c.c. de capacidad. Se cortará la extrémitad afilada de la aguja y se

limarán un poco los bordes de la sección, con objeto de ~~que~~ redondearlos para que no hieran la mucosa. Las peras de goma y otros utensilios de difícil esterilización merecen ser abandonados.

La técnica de los lavados, en los cuales lo mismo en lo que se refiere a las substancias inyectadas, que a los instrumentos y manos, hemos de guardar las reglas de asepsia que son de rigor, es la siguiente: Se instilarán en el fondo de saco conjuntival inferior una ó dos gotas de la solución de cocaína-adrenalina. Tiraremos del párpado inferior hacia fuera y abajo con objeto de poner tenso el canalículo lagrimal y una vez reconocido el punto lagrimal inferior, previamente dilatado, si es necesario, introduciremos por él la cánula verticalmente, haciéndola girar después un cuarto de círculo y terminando su introducción horizontalmente.

Una vez que la cánula ha penetrado en el canalículo lagrimal ordenamos al enfermo incline hacia delante su cabeza y hacemos penetrar la in-

yección lentamente, sin forzar la presión y observando si el líquido sale por la nariz, si va a la garganta ó si es expulsado por el canalículo superior.

Los lavados se practican también, previa incisión del canalículo superior ó del inferior, introduciendo en este caso la cánula hasta la cavidad del saco. También se usan los lavados asociados al cateterismo, la estricturotomía, la electrolisis etc., conforme indicaremos al hablar de estos procedimientos.

Las sustancias que se inyectan en las vías lagrimales, destinadas a modificar el estado de estos órganos son muy numerosas, toda la lista de antisépticos podemos decir que ha sido empleada. Entre los más usados hoy tenemos:

CLORURO SODICO se puede usar la solución isotónica con las lágrimas, que es según CANTONET ⁽¹⁾ 14 gramos de cloruro sódico disueltos en un li-

tro de agua destilada. Esta solución tendría la ventaja de no ser tonolítica, por ser de igual tensión osmótica que el contenido celular y no disminuir las defensas orgánicas por no ser tóxica. Obra mecánicamente arrastrando exudados, detritus, tapones mucosos, epiteliales etc. La solución debe ser esterilizada por ebullición y conservarse al abrigo de todo contacto ~~septico~~ séptico. Es la inyección ideal para la exploración de vías lagrimales y podría dar también algún resultado en ciertas dacriocistitis congénitas.

ACIDO BORICO-Es como sabemos el medicamento ocular cuyo uso está más repartido entre el público, debido a su poco precio, la facilidad con que se adquiere, la comodidad con que se emplea y su poca toxicidad.

Sus propiedades antisépticas son casi nulas pero su prescripción tiene la ventaja de ser un pretexto para que se hierva el agua de las soluciones. HAMBURGER explica la perfecta tolerancia del ojo para el ácido bo-

rico por la isotonia con respecto a las lágrimas de la solución saturada de este medicamento. Su modo de obrar y sus indicaciones serían las mismas que las del cloruro sódico.

COMPUESTOS DE PLATA-Los más empleados son el nitrato argéntico, el protargol y el argirol. El nitrato de plata tan usado antiguamente para cauterizar el saco lagrimal, solo a muy débiles concentraciones 1 por 2000 a 1 por 500 puede usarse para estos lavados. Del argirol y el protargol ya nos hemos ocupado al hablar de las instilaciones; este último puede usarse en disolución del 1/2 al 2 por 100 y el argirol del 5 al 10 por 100.

Se ha observado en estos últimos años que más que la concentración de las disoluciones, influye la frecuencia de los lavados en la modificación del proceso inflamatorio y además hay que tener en cuenta que una misma titulación produce, si la cantidad de líquido inyectado es grande, tanta o más irritación que una titulación algo mayor empleada en menos cantidad.

CLORURO MERCURICO.-Muy extendido su empleo en cirugía general se usa mucho menos en oculística y raras veces debe emplearse en estas irrigaciones a menos de no hacer taponamiento posterior de las fosas nasales. Se emplea al 1 por 1000 (10 centigramos en 1 litro de agua) o al 1 por 2000, debiendo estar la solución completamente desprovista de alcohol. A mayores concentraciones, 1 por 50, se emplea para destruir el saco lagrimal. La principal indicación del sublimado, son las dacriocistitis flegmonosas, el flemán del saco lagrimal.

CIANURO DE MERCURIO.-Producido por disolución del óxido de mercurio en ácido cianhídrico. CHIBRET fué quien enseñó a los oculistas y cirujanos a emplear el cianuro de mercurio en terapéutica. Habiéndose dicho que el oxicianuro era mucho menos irritante para los tejidos, se suele reemplazar en las fórmulas el cianuro por el oxicianuro, pero en realidad la mayor parte de los fármacos ^{de cianuro} y es por consiguiente a este último al que debemos atendernos.

b Se usa en solución al 1 por 1000 al 1 por 5000 y está contraindicado en los individuos que toman yoduro potásico pues este último se elimina por las lágrimas y reaccionando con el cianuro puede dar lugar a yoduro mercúrico muy irritante. Se emplea también la solución al 1 ó 2 por 100 para esterilizar instrumentos (la jeringa de ANEL cuyo émbolo por ser de cuero no puede hervirse, se conserva muy bien en esta solución), pues tiene la ventaja de no atacar al metal.

SULFATO DE ZINC.-Ya hemos hablado de él con motivo de las instalaciones. Puede emplearse también en lavados en solución del 1/2 al 1 por 100. Sus propiedades astringentes le hacen muy útil para terminar el tratamiento de las dacriocistitis por medio de los lavados.

PERMANGANATO POTÁSICO.-Empleado en solución al 1 por 5000 ó al 1 por 4000 provoca esencialmente una ~~pxm~~ renovación epitelial activa, acompañada de una exudación que viene de las copas profundas de la mucosa, arras-

trando por la corriente exomótica y por los leucocitos vivaces que con ella vienen, los microbios, hacia el epitelio y la luz del saco.

AGUA OXIGENADA.-REGNARD ha establecido por sus experiencias de 1880, que el agua oxigenada suspende las fermentaciones y conserva las sustancias putrecibles. Desde esta época el agua oxigenada tiene infinidad de aplicaciones en las curas de cirugía.

El agua oxigenada a doce volúmenes tal como se presenta en el comercio es de ordinario muy ácida, debida a los ácidos clorhídrico o sulfúrico que sirven para prepararla y para favorecer su conservación.

Las instilaciones de agua oxigenada producen un vivo escozor aunque muy pasajero. La inyección en las vías lagrimales provoca una sensación de quemadura que dura algunos instantes. VACHER hace el lavado diario del saco lagrimal con agua oxigenada a 5 ó 6 volúmenes mostrándose muy satisfecho de sus resultados.

AZUL DE METILENO.-WICHERKIEWICZ(1) lo emplea en el tratamiento de la dacriocistitis. En presencia de un empiema del saco del saco lagrimal sin complicaciones, practica desde el principio la irrigación del saco con agua boricada y enseguida con una solución de azul de metileno al 1/5 ó al 1/2 por 100; después aplica una venda comprimiendo el saco. Si hay fístula lagrimal practica el lavado del saco y la inyección á través de ella

En caso de pericistitis con edema pastoso y doloroso aplica, después de éstas ~~manipulaciones~~ manipulaciones una cura de alcohol.

ALDEHIDO FORMICO.-VALUDE recomienda su empleo en las dacriocistitis, en solución al 1 por 100. Como no ataca a ningún metal puede usarse también en la desinfección de instrumentos.

(1)-Nouvelles recherches sur l'emploi de la pyoctanine dans les thérapeutique oculaire. La Clinique Ophtalmologique-Febrero 1907.

91

HERMOFENIL.-Descubierto por LUMIERE de Lion y estudiado como fármaco por CHEVROTIER, es el mercurio-fenil disulfonato sódico, polvo blanco amarillento soluble en el agua (22 por 100 a 15°) dando una solución viscosa y pegajosa.

In vitro es un antiséptico muy energético destruyendo en pocos minutos, la solución al uno por ~~mil~~ 100, la mayor parte de los microbios patógenos. In vivo es poco tóxico; puesto en contacto con la conjuntiva da lugar a escozor e hiperemia que desaparece rápidamente.

Se usa en solución al 5 ó 10 por 100 y puede formularse como se hace en la Clínica del Dr. MARQUEZ del Hospital del Buen Suceso, una solución madre al 15 por 100, que se mezcla en el momento de usarlo con su volumen o volumen doble de agua, harvida.

FLUOROL.-Es un preparado de la casa MERCK que se presenta en forma de polvo blanco, soluble en el agua. Bastante antiséptico pues al 1 por

100 impide el desarrollo de las bacterias goza de las propiedades del fluoruro de cal no impidiendo tampoco la acción de las gimasas.

Se formula una solución al 4 por 100, que se diluye con su volumen de agua hervida en el momento de usarse.

ACIDO PICRICO.-Es el fenol trinitrado. Se presenta en laminillas de color amarillo, solubles en 81 partes de agua. Activa la formación de epidermis y suprime el dolor del dermis denudado. Se ha usado como reductor y queratoplástico, empleándolo mucho en las quemaduras THIERRY y LEMAIRE.

Instilado en el fondo de saco conjuntival provoca un vivo escozor, parecido al del nitrato de plata, que desaparece al cabo de algunos minutos.

FORTUNATI, VALENTI y CECCHETTO han publicado trabajos sobre las quemaduras del ojo por la ~~max~~ cal. MARZORATI en Bruselas y MOTOLESE en

Florencia trataron respectivamente distintas clases de quemaduras oculares, blefaritis, conjuntivitis pseudomembranosas, queratitis ulcerosa etc.

En los lavados de las vías lagrimales puede emplearse la solución al 1 por 200 al 1 por 300, que se prepara mezclando la solución al 1 por 100 con su volumen o doble de agua hervida.

Un tratamiento que nos ha proporcionado buenos resultados hasta ahora, aunque son muy pocos los casos en que hemos podido emplearlo para formar un juicio definitivo, es el empleo combinado del protargol, el permanganato potásico y el ácido pícrico.

La inflamación del saco lagrimal en la dacriocistitis catarral, pasa por dos fases, una de supuración y otra de reparación. En la primera se observa una abundante infiltración leucocitaria del tejido submucoso y una intensa descamación epitelial, que en unión de abundantes grupos de leucocitos y microbios forma el exudado mucoso o muco-purulento de la cavidad del

saco. La mucosa aparece como corroída en algunos puntos.

En estas condiciones las sales de plata, el protargol, cuyas propiedades bactericidas, despliega su acción, destruyen los microbios puestos a su alcance, es decir, los que están situados en la superficie de la mucosa, pero no puede atacar a los que están situados más profundamente, entre las células epiteliales ó por debajo de ellas. Al llegar a este punto la secreción habrá disminuido pero no podrá extinguirse del todo.

Si ahora provocamos por medio del permanganato una intensa exudación que arrastre estos microbios, y una nueva descamación epitelial, que los ponga al descubierto, serán atacados nuevamente por las sales de plata o por cualquier otro antiséptico, y de esta manera podremos hacer una esterilización en serie del saco lagrimal.

Llegados a este punto no nos queda que hacer otra cosa que reparar las lesiones de la mucosa, para obtener el restitutio ad integrum y

95

entonces el ácido pírico por sus propiedades dermatigantes nos servirá para llegar á la curación en muy pocos días.

Este tratamiento, que empleamos solo o asociado al cateterismo, según el estado de las vías lagrimales, lo practicamos del modo siguiente:

1er día.-Exploración de las vías lagrimales con la jeringa de ANEL. Si el líquido sale por la nariz prescindimos del cateterismo. Inyección de protargol al 1 por 100, hecha muy lentamente. Días sucesivos.-Cuando la secreción mejora de un modo notable, (3er día por regla general), inyección de permanganato al 1 por 5.000, inyectando bastante líquido y haciéndolo pasar muy despacio. Días sucesivos.- Protargol hasta nueva mejoría e desaparición de exudados. Nueva inyección de permanganato. Protargol hasta la desaparición de la secreción. Inyección dos días seguidos de ácido pírico. Día de descanso. Nueva inyección de ácido pírico si las cosas siguen bien. Dos días de descanso. Nueva inyección de ácido pírico y suspensión del tratamiento

prescribiendo al enfermo el Protargol en instilaciones durante algún tiempo.

En caso de que la supuración reaparezca de nuevo hay que comenzar de nuevo con el tratamiento, pero si las cosas marchan bien, como afortunadamente nos ha ocurrido con nuestros enfermos, la curación puede obtenerse en dos o tres semanas, lo que tratándose de dacriocistitis lo estimamos altamente favorable.

OTRAS INYECCIONES.-En la dacriocistitis tuberculosa ROLLET recomienda la inyección de ACEITE GOMENOLADO al 5 por 100, el ACEITE YODOFORMADO al 10 por 100 y la pasta de MOSETIG. FROMAGET, las pastas de bismuto y xeroformo y el PLOMBAJE YODOFORMICO. CALOT, la PASTA DE NAFTOL ALCANFORADO Y YODOFORMO que lleva su nombre. DARIER aconseja la inyección de GLICERINA GUAYACOLADA al 1 ó 2 por 100. VAN LYNT(1) de Bruselas, refiere un caso de curación de una fístula lagrimal en 15 días por inyecciones intra saculares, tres
(1)-La Clinique Ophtalmologique. Marzo-1912.

veces por semana de PASTA DE BECK (subnitrate de bismuto $1/3$, vaselina $2/3$). COHN (1) dice haber inyectado por el punto lagrimal inferior un gramo aproximadamente de fibrolisina mezclada con una solución de cocaina al 2 por 100. En 20 casos de estrechez tratados por este procedimiento ha obtenido 13 curaciones. JOS. BECK (2) la inyecta diariamente durante seis meses.

LONGE hace inyecciones de vapores de iodo naciente obtenidas calentando yodoformo en una ampolla especial, haciendolos penetrar por el canalículo lagrimal. Estos vapores de constitución compleja obran quizás por su naturaleza ~~coloidal~~ coloidal modificando las afecciones crónicas del saco.

AUBARET y BONEFON con objeto de obtener radiografías de las vías lagrimales inyectan una pasta de TREMENTINA y MINIO. De un procedimiento parecido se sirve el profesor SZILI (3) que inyecta una mezcla de PARAFINA y OXIDO DE TORIO opaca a los rayos ROENTGEN.

(1) -WOCHENS f. Ther und Hyg des Auges. 1911.

(2) -Academia americana de Oftal y oto-laringología. Octubre 1909.

(3) -Klinische Monatsblaetter fur Augenheilkunde. Junio 1914.

TERMOTERAPIA: Abandonadas las antiguas y vulgares cataplasmas, desde la introducción en la cirugía de la asepsia y de la antisepsia, sola raramente son empleadas para facilitar la curación de un flemón del saco lagrimal, pues hay medios mucho más cómodos y sobre todo más limpios para llevar calor a la región del saco lagrimal.

COMPRESAS CALIENTES: La mayor parte de los microbios causantes de las afecciones de las vías lagrimales se desenvuelven a temperaturas comprendidas entre 13 y 43° centígrados. Las compresas calientes no pueden elevar la temperatura por encima de 43° y por consiguiente no pueden por sí solas detener el desarrollo de estos gérmenes. De una manera general, sirven para calmar los dolores, producir vasodilatación, seguida de diapédesis y facilitar la reabsorción de exudados, lo que las hace realmente útiles.

Deben usarse en forma de fomentos, empapadas en algún líquido que puede ser agua hervida o solución de ácido bórico. En regiones de piel fi-

na como es la de los párpados y raíz de la nariz debe prescindirse por completo de los antisépticos, y á lo más usarlos muy diluidos. Pueden reportar servicios las infusiones o cocimientos de manzanilla, flor de sauco, talles de malvavisco, etc. que unen al calor la acción emoliente de estas sustancias.

La temperatura a que se usen debe ser elevada, 45 á 50° y la acción de los fomentos prolongada, procurando que esta temperatura sea constante durante su aplicación, por lo que es preciso renovarlos a menudo. Se pueden hacer de tela doblada en 7 ú 8 capas, pero son preferibles los de algodón hidrófilo que se embeben mejor y se adaptan perfectamente á todos los relieves.

La DIATERMIA en el sentido en que hoy se aplica la palabra no ha sido aplicada al tratamiento de estas afecciones, y respecto a los aparatos que permiten la circulación del agua caliente, el termo aeróforo de OSTWALD

150

y el calentador eléctrico de DUFOUR son aparatos que por su coste excesivo son muy poco empleados.

MECANOTERAPIA.-Incluimos en ella el masaje y la compresión. La COMPRESION preconizada por DIONISIO, FABRICIO DE AQUAPENDENTE, SCULTETO, ARNAUD, etc. fué muy empleada antes de los trabajos de ANEL de 1713, usando los cirujanos el vendaje llamado oculista.

En tiempos más recientes WECKER aconsejó la compresión nocturna por medio de un vendaje y la compresión digital repetida durante el curso del día, con objeto de disminuir la estancación de las mucosidades. Aconseja a los enfermos que leen mucho que apoyen la cabeza sobre el brazo puesto de codos, al mismo tiempo que con el pulpejo del pulgar comprimen el saco lagrimal.

En la actualidad GIFFORD(1) dice haber tratado varios casos de

(1)-The Laringosc-Noviembre 1915.

dacriocistitis usando solo la compresión.

El MASAJE SIMPLE en la región del saco lagrimal vacía su contenido, exprime las glándulas y favorece como hemos dicho la penetración de soluciones medicamentosas. Sirve también para facilitar la introducción de sondas, pues, si al comenzar, el cateterismo se hace difícil y hasta parece imposible, deberá practicarse el masaje durante unos días, resultando después fácil la introducción del cateter.

GRANDCLEMENT de Lyon(1) dice que pueden curarse la mayor parte de los casos de epífora con el masaje del saco lagrimal practicado correctamente varias veces al día por el mismo enfermo. Es indispensable enseñarle a practicarlo en verdad sobre el saco lagrimal, detrás de la cresta lagrimal y no por delante como tienen tendencia a hacerle la mayoría, insuficientemente educados.

El masaje obra de dos maneras: primero devuelve al saco lagrimal, más

(1)-Société française d'Ophtalmologie XXXI Congreso anual-Paris, Mayo 4-8-1914.

o menos dilatado por la ectasia lagrimal, su elasticidad propia y su fuerza de propulsión. En segundo lugar el frotamiento rápido de las paredes del saco lagrimal entre sí, cura mecánicamente su infiltración y expulsa el mucus más o menos pegajoso que detiene la progresión de las lágrimas.

TRATAMIENTO OPERATORIO.-Puede tener por objeto: 1° restablecer las vías naturales de excreción (cateterismo, dilatación, electrolisis, operación de STÖLLING, apertura del conducto nasal y cateterismo retrógrado); 2° Creación de una nueva guía al desagüe (dacriocistorinostomía, operación de EICKEN); 3° supresión de los órganos secretores (extirpación de la glándula lagrimal); 4° supresión de los órganos excretores (destrucción y extirpación del saco lagrimal).

CATETERISMO.-Con objeto de restablecer la permeabilidad del conducto lacrimo-nasal y de vencer las estrecheces del mismo, se emplea el cateterismo y la dilatación con sondas, que consiste en introducir en las vías la-

grimales tallos rígidos de calibre progresivamente creciente según el grado de permeabilidad del conducto; estas sondas pueden tenerse aplicadas unos minutos, repitiendo diariamente o cada dos días su introducción, o pueden dejarse á permanencia durante un cierto tiempo, constituyendo esto último el cateterismo permanente de las vías lagrimales del que nos ocuparemos después.

En cateterismo se hace con las sondas de vías lagrimales, de las cuales hay varios modelos, de BOWMAN, TEOBALD, TERSON etc. Las más corrientes son las BOWMAN numeradas del 1 al 8 (0,3 á 2 m.m. de calibre), pues las más gruesas de TEOBALD raramente se emplean. En efecto, como dice PANAS no se debe transportar la terapéutica de la uretra al ~~pa~~ aparato excretor de las lágrimas, pues si en la uretra se trata de un conducto exclusivamente formado por partes blandas susceptibles de distensión, aquí nos encontramos con un conducto óseo, rígido e inextensible por lo tanto.

Para hacer el cateterismo hay que empezar por dilatar los puntos lagrimales (el inferior por regla general), valiéndose de un alfiler al que se le hace hacer movimientos circulares o por medio del dilatador cónico de WEBER, lo que nos dá abertura suficiente para introducir sondas de pequeño y de mediano calibre. Sin embargo se acostumbra a ~~incidir~~ incidir el canalículo inferior como tiempo preliminar al cateterismo del conducto nasal.

INCISION DEL CANALICULO INFERIOR.-Una vez anestesiada la conjuntiva por instilación de un par de gotas de solución de cocaína al 4 por 100 se procede del modo siguiente: Sentado el enfermo y con la cabeza echada para atrás y sostenida por un ayudante (canalículo izquierdo) o por el mismo cirujano colocado detrás (canalículo derecho), se le invita a que mire hacia arriba; se tira del párpado inferior hacia abajo y afuera (con la yema de un dedo de la mano izquierda envuelta en un paño para que el párpado no se

10f

escurra) y perfectamente visible entonces el punto lagrimal inferior, se introduce por él y en dirección vertical un cuchillete de WEBER cogido con los dedos índice y pulgar de la mano derecha. Cuando la punta haya franqueado el punto lagrimal, se inclina el mango hacia fuera hasta colocar el cuchillete horizontalmente, con el filo dirigido hacia arriba y un poco atrás (hacia el globo del ojo), al mismo tiempo que se introduce por el canalículo hasta que el botón que forma la punta del instrumento tropiece en la pared del saco. Haciendo ahora describir al mango un arco de 90°, o lo que es lo mismo volviéndolo a colocar ~~horizontalmente~~ verticalmente, tendremos practicada la incisión del canalículo.

CATETERISMO DEL CONDUCTO NASAL.-Elegida una sonda de pequeño calibre (número 3 por ejemplo), convenientemente curvada y lubricada con vaselina esterilizada o pomada de óxido amarillo de mercurio, se coge como pluma de escribir con los dedos índice y pulgar de la mano derecha para el conducto

nasal izquierdo, y con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda para el conducto nasal derecho, y colocado el enfermo en la misma posición que para la incisión del canaliculo y atraído el párpado inferior hacia abajo y afuera, se introduce la sonda horizontalmente por el canaliculo incidido hasta que su extremidad tropiece con la pared interna del saco. Nos aseguramos de que la sonda vá por buen camino, si al levantarla no se arruga la piel del párpado inferior, y teniendo entonces la extremidad del cateter en plena fosa lagrimal, no hay más que, sin perder este contacto que debe siempre servirle de guía, elevar la otra extremidad de la sonda, para pegarla al nacimiento de la ceja, encima exactamente de la parte media del ligamento palpebral interno, e introducirla hacia abajo por suave presión de manera que su punta se dirija al surco naso-labial. De esta manera recorrerá la sonda el conducto ~~del~~ lacrimo-nasal en toda su extensión, debiendo procurarse que no toque al suelo de las fosas nasales, pues ocasiona la mayor parte de las ve-

ces una sensación desagradable en los dientes subyacentes.

Todas estas maniobras deben ser delicadas y no producir dolor al enfermo. Si la sonda encuentra obstáculos para penetrar en el conducto, se retira un poco y se hace otra tentativa. Si aun así no penetrase se prueba con otra de distinto calibre pero sin forzar nunca. No puedo resistir a la tentativa de copiar en este lugar las palabras de WECKER: "Esta introducción exactamente hecha-decía-no debe provocar una sensación muy penosa; y si me veis exaltarme ante enfermos, que cuando de esta pequeña operación se trata, hacen una mueca significativa, no es solo para recordarles que el mal que tienen es muy soportable, sino, sobre todo, para no vernos privados por la dislocación de la línea naso-labial, de un punto de partida muy importante para la introducción de la sonda. Verdad es que el intersticio que se separa el segundo diente incisivo del camino suministra un punto de partida fijo; pero se convendrá, por una parte que en la clientela particular es poco conveniente,

en una señora levantar el labio superior para asegurarse del emplazamiento de los dientes (a menudo postizos) y por otra que en la clientela hospitalaria ofrece pocos atractivos esta investigación".

El cateterismo de las vías lagrimales puede estar dificultado por diversas causas; GERARD (1) basado en prolijas investigaciones anatómicas, llega a establecer entre otras las siguientes conclusiones: Cuanto mayor es la inclinación del unguis más acentuado resulta el ángulo que forma el saco con el conducto lacrimo-nasal a nivel del suelo de la órbita (disposición frecuente en personas de nariz delgada y afilada en la base). Una parte de la cara anterior del saco puede resultar aplanada y cubierta por la cresta lagrimal y la prominencia lagrimal inferior; esta última puede llegar a estrechar el orificio superior del canal nasal. La gran oblicuidad del borde interno de la órbita suele indicar una fosa lagrimal ancha con orificio ancho también y requiere en el segundo tiempo del cateterismo introducir el esti-

(1) *Annales d'Oculistique*. Marzo 1907

lete en una dirección oblicua hacia abajo y adentro. La separación pronunciada de los huesos propios de la nariz permite un cateterismo fácil; en este caso debe introducirse la sonda (en el segundo tiempo del cateterismo) verticalmente o algo inclinada hacia abajo y adentro.

El cateterismo se facilita según ARMAIGNAC de Burdeos (1) usando sondas olivares que penetran más fácilmente y dan a los dedos sensación de resistencia vencida, y además inyectando previamente en las vías lagrimales con una jeringa de PRAVAZ armada de cánula fina, tres o cuatro gotas de aceite de olivas esterilizado, las cuales inundan el saco lagrimal y penetran en el conducto nasal, ejerciendo una pequeña presión sobre la pared anterior del saco. Esta lubricación permite a las sondas pasar con facilidad sorprendente, sin esfuerzo y sin desgarrar las paredes del conducto. DAVIER (2) se sirve de una solución de cocaína con adrenalina que al esquemiar la mucosa aumenta la luz del conducto.

(1) - La Clinique Ophtalmologique. Julio-1911.

(2) - Idem. Mayo -1910.

116

Además de las sondas macizas de BOWMAN se emplean también sondas huecas con objeto de combinar los lavados y el cateterismo. A este efecto tenemos las sondas con mandril imaginadas por WEBER y cuyo calibre corresponde a los números 3 y 4 de BOWMAN. La ligera curvatura que se les dá, permite una intrucción fácil en conductos previamente dilatados con las sondas ordinarias. Se introduce provista de su mandril, que se retira luego, adaptando al pabellón de la sonda la cánula de una jeringa con la que se inyecta el líquido del lavado. Por este procedimiento se lava perfectamente la fosa nasal pero no el conducto, por esto LAGLEYZE ideó poner agujeros laterales a las sondas de WEBER, convenciéndose pronto de que tampoco se hacía el lavado del conducto por este procedimiento. Lo mejor es ir retirando la sonda lentamente, al mismo tiempo que se sigue inyectando la solución antiséptica, con lo cual el conducto nasal es lavado en toda su extensión.

Las sondas de BOWMAN deben estar colocadas 15 á 20 minutos, repitien-

///

do el cateterismo cada dos días, aumentando progresivamente el calibre de las sondas. Restablecida la permeabilidad de las vías lagrimales se van alargando más los intervalos entre los cateterismos hasta que se suspenden del todo.

CATETERISMO PERMANENTE.-Desde 1734, en que LE CAT introducía en las vías lagrimales una hebra de seda que dejaba a permanencia, el cateterismo permanente del conducto nasal ha sido puesto en práctica por diversos autores, entre los que se cuentan FAUBERT, PALLUCCI, DESAULT, SCARPA, DUPUYTREN, etc.

GUAITA publicó en 1821 un método más rápido, que consiste en restablecer la permeabilidad de las vías lagrimales por la adaptación de una cánula de sustancia orgánica (fémur de rana decalcificado) de 2 á 3 m.m. de calibre que dejaba allí, introduciéndolo después de seccionar las estrecheces.

BELLONARD publicó en 1911 un tratamiento de los mucocelos y dacriocistitis agudas y crónicas por el cateterismo permanente del conducto lacri-

112

mo-nasal, hecho con unos clavos de oro de calibre variable entre 0,98 y 1,63 m.m. y longitudes variables entre 15 y 38 m.m. Estos cateteres tienen una cabeza aplastada y provista de un orificio para facilitar su introducción.

La técnica de BELLOWARD es la siguiente: Incinde el canalículo inferior, espera tres días para que cicatricen los bordes, y por medio de sondas de BOWMAN explora el conducto nasal, y con los datos obtenidos por esta exploración elige el clavo. Lo coge por la cabeza con una pinza especial, que viene a ser una modificación de la pinza hemostática de KOCHER, y lo introduce en el conducto nasal de modo que sobreppase algo la estrechez y lo deja puesto a permanencia, instilando diariamente unas gotas de argirol.

El autor recomienda que en casos de estrecheces infranqueables se practique la estricturotomía o se introduzca el clavo merced a movimientos de tornillo. El mismo BELLOWARD reconoce que esta última maniobra puede dar

lugar a formación de falsas vías.

A continuación cita 14 casos de curación total¹² que tiene en tratamiento. Las ventajas del método serían ~~curación rápida~~ curación rápida, aplicación posible en cualquier edad y ser poco doloroso. Sus inconvenientes reconocidos por el mismo autor serían caída del cateter a las fosas nasales y formación de excrecencias carnosas en el lago lagrimal debidas al traumatismo continuo que origina la cabeza del clavo.

KOSTER(1) aconseja tratar por el drenaje permanente las blenorreas crónicas del saco, la dacriocistitis con fístulas, las antiguas estenosis y las retracciones traumáticas congénitas. El drenaje permanente lo efectúa por medio de un hilo de seda; se introduce en el canal una sonda hueca por la cual pasa un alambre de cobre que aparecerá por la nariz. A este alambre se ata un hilo de seda, siendo suficiente retirar el alambre para que el hilo penetre en el canal. La dificultad está en hacer salir al alambre de cobre

(1)-Arch. d'Ophtal-1907.

114

por la nariz y a este fin el autor lo introduce doblado en asa, de la cual por medio de un pequeño gancho tira desde la ventana nasal.

FRIEDERG (1) ha mandado construir a la casa STILLE de Estocolmo un instrumento destinado al cateterismo permanente, según el método de KOSTER, y que consiste en un pequeño vástago de resorte terminado en botón que debe salir por la nariz cuando el indicado vástago se introduce en el conducto lacrimo-nasal. Se pasa el hilo por la hebilla del vástago y retirando este último por la fosa nasal se atrae el hilo, que pasará por el conducto nasal de arriba a abajo.

Para terminar lo relativo al cateterismo mencionaremos las bujías medicamentosas, sondas de gelatina sólida a las cuales se adicionan diferentes substancias y que se introducen en las vías lagrimales dejándolas disolverse allí. ANTONELLI recomendó las bujías a base de protargol que solo han dado mediocres resultados.

1)-Arch d'Ophtal.-1910.

115

DILATACION DE ESTRECHECES: Puede hacerse por medio de las sondas de BOWMAN TEOBALD, TERSON, etc, procedimientos de que ya hemos hablado; por medio de la electrolisis o practicada la sección de estas estrecheces, operación de STILLING.

ELECTROLISIS. El primero que ideó la electrolisis o sea la cauterización con los polos de la pila (el negativo con preferencia) fué CINISELLI de Bolonia. Empleada después para tratar las estrecheces uretrales por MALLEZ y TRIPIER, fué ensayada por este último en la clínica de DESMARRES, para curar estrecheces del conducto lacrimo-masal, ensayos que fueron repetidos por GORECKI en 1874. Sin embargo, LAGRANGE en su comunicación al congreso de Roma de 1894, es el que ha fijado la técnica de la electrolisis de las vías lagrimales, de manera que permite obtener buenos resultados desde un principio. Su labor ha sido continuada en las tesis de sus discípulos CHABAN-
EIX (1894) y PIERRON (1907).

116

La acción de la electrolisis en las supuraciones crónicas y estrecheces del conducto lacrimo-nasal es por una parte química y produce el reblandecimiento de la mucosa, lo que permite vencer las estrecheces, y microbicida por otra, teniendo por resultado el agotar las supuraciones, suprimiendo o atenuando su causa esencial.

Esta acción la produce la electrólisis, descomponiendo químicamente los medios atravesados por la corriente y obra a la manera que lo haría un lavado antiséptico de agua oxigenada o una solución de ácido clorhídrico con la ventaja de encontrarse en estado naciente.

La técnica de LAGRANGE es la siguiente: Se dilata el punto lagrimal y se hace pasar una inyección de agua boricada caliente; Se introduce una sonda especial (viene a ser una de BOWMAN número 1 ó 2 cubierta en su mitad superior de una capa de barniz aislador) y que está unida al polo negativo del generador de corriente, lo más comúnmente a un multostat. El polo

117

positivo formado por un tapón de franela o de algodón humedecido se introduce en la nariz del lado correspondiente, y haciendo funcionar el reóstato se llega lentamente a una corriente de 5 miliamperios que debe estar actuando durante 3 minutos, pasados los cuales se disminuye lentamente la intensidad hasta llegar a 0; debiéndose emplear 1 minuto en llegar de 0 á 5 y otro para volver de 5 á 0. Estas sesiones pueden hacerse cada 5 ó 6 días, haciendo después un lavado antiséptico de las vías lagrimales.

Tiene el inconveniente el polo positivo de que en él se producen oxidaciones y da origen a escaras duras, que dan lugar a cicatrices retráctiles. Por el contrario, en el polo negativo se producen hidrógeno y álcalis, y la escara que se forma es blanda, no dando lugar a cicatrices duras y retráctiles.

El polo positivo puede aplicarse en la frente y en la nuca del enfermo; sin embargo GORECKI y LAGRANGE aconsejan aplicarlo en la mucosa nasal

que es muy buen conductor de la electricidad. De esta manera ^{con} los dos polos situados muy cerca el uno del otro y separados por tejidos buenos conductores, se evitan corrientes desviadas que pasando por el cerebro pudieran dar lugar a fenómenos desagradables.

OPERACION DE STILLING: STILLING en 1868 preconizó la incisión múltiple de las estrecheces, modificando la sección subcutánea del ligamento palpebral interno indicada por WEBER. Desbridado el canaliculo lagrimal inferior se introduce como si fuera una sonda y en distintas direcciones un cuchillete fuerte de punta roma y doble filo (cuchillete de STILLING), seccionándose ampliamente y en dos o tres sentidos el orificio superior del conducto nasal. Después se practica el cateterismo con sonda gruesa durante ~~un~~ unos días y ~~después~~ se hacen lavados de las vías lagrimales.

A la operación de WEBER-STILLING que dá un amplio acceso al saco puede seguir un raclado de su cavidad, con objeto de modificar la mucosa y destruir las vegetaciones poliposas que se forman.

TARNUFERI con objeto de quitar el tejido cicatricial que obstruye la luz del conducto nasal, emplea unas cucharillas cortantes análogas a la de DANIEL que terminan en una oliva ~~ya~~ y que tienen cuatro tamaños diferentes.

Desbridado el canalículo lagrimal superior y seccionado el ligamento palpebral interno, introduce la cucharilla, haciéndola girar sobre su eje hasta que recorre toda la extensión del conducto nasal. El tratamiento postoperatorio se resume en el cateterismo y las inyecciones modificadoras.

INCISION DEL SACO: Esta operación consiste en abrir la cavidad del

saco incindiendo con el bisturí su pared anterior. Se facilita este tiempo introduciendo una sonda por el canalículo inferior. Una vez que se ha cohibido la hemorragia, que suele ser abundante, se raspa la superficie anterior con la cucharilla cortante o ~~por~~ cauterización con nitrato de plata al 5 por 100 o con el lapiz infernal. Cuando se sospecha de tuberculosis del saco se puede emplear el ácido láctico o el cloruro de oro. Se tapona el saco y la herida con gasa yodofórmica o mojada en aceite gomenolado, que se renovará todos los días. Al cabo de algunos días la mucosa ha tomado aspecto sano y se presenta libre de toda secreción purulenta; entonces se suprime el desagüe y se deja cerrar la herida externa. En algunos casos se puede después de la ~~interna~~ intervención en la mucosa, intentar la sutura dejando la cavidad llena de pasta de MOSETIG o de bismuto.

La incisión del saco lagrimal es intervención de acción muy dudosa e incompleta y poco recomendable por consiguiente (ROLLET).

APERTURA DEL CONDUCTO NASAL Y CATETERISMO RETROGRADO.-En la época prerinoscópica LA FOREST ejecutó el cateterismo retrógrado del conducto nasal valiéndose de la siguiente técnica: Sentado el enfermo con la cabeza medio vuelta, introducía por la nariz de arriba a abajo y de dentro a fuera un estilete de curvatura apropiada. Hacía dar al instrumento media vuelta llevando la extremidad libre de abajo a arriba y de fuera a dentro, hacia el arco que forma el cornete inferior, para buscar el orificio inferior del conducto nasal. Se conoce que la sonda ha penetrado porque se detiene sin poder bascular. Se hace entonces ejecutar un movimiento de ~~báscula~~ ~~luz~~ a la extremidad de la sonda a beneficio de pequeñas sacudidas reiteradas y se la dirige de delante atrás y de abajo arriba.

Este procedimiento de difícil ejecución fué empleado por DUBOIS y GENSOUL usando sondas en forma de S. CORRADI empleaba también este procedimiento en 1894, y ~~en 1902~~ en 1902 utilizó las sondas por él ideadas de acuer-

do con los datos anatómicos. Como con este método solo se podía sondar la mitad inferior del conducto, no encontró aceptación entre los oftalmólogos y fué bien pronto sustituido por la abertura del conducto lacrimo-nasal,

CALDWEL en 1893 introdujo una sonda hasta el sitio en que estaba la estrechez y extirpando la mitad de la concha inferior, abrió el conducto hasta el punto en que estaba la sonda y estableció de este modo un desagüe. KILLIAN en ~~en~~ 1889 recomendó la extirpación de la parte anterior de la concha inferior y de toda la pared nasal del conducto lacrimo-nasal, obteniendo en su método excelentes resultados. PASOW en 1911 sistematizó este método operando con anestesia general. Han relatado casos de este género PASOW-OKUNEW, SVERSHEVSKI y JANKANER.

IVANISSEWICH en 1909 recomienda la extirpación del cornete inferior hipertrofiado, sobre todo en los niños, pues con el turbinótomo y hasta con

un simple corte de tijera se puede quitar, siendo suficiente la anestesia local con un simple algodón empapado en la solución de cocaína al 10 por 100 con unas gotas de adrenalina. Al día siguiente hace un cateterismo con el número 3 de BOWMAN dejándola puesta 4 ó 6 horas. En los días sucesivos, cateterismos aumentando el calibre de las sondas hasta llegar a las más gruesas.

En 1911 WEST dió cuenta de su método endonasal por delante del meato medio; La técnica es la siguiente: Anestesia local con cocaína adrenalina. Se quita la extremidad anterior de la concha media y se pone al descubierto el conducto nasal, reseca una parte del unguis y de la apófisis ascendente del maxilar superior. Con este método se puede tratar una estenosis superior, y si fuese inferior, en cuyo caso quedaría intacta, se establece el desagüe de las lágrimas por la abertura practicada.

CREACION DE NUEVAS VIAS AL DESAGUE.- Estudiaremos en este lugar la DACRIOCISTORINOSTOMIA y las operaciones en el conducto y en el saco por vía bucal.

DACRIOCISTORINOSTOMIA: Los antiguos practicaban la perforación del unguis para curar el aegilops, pero la idea de abrir un desagüe al contenido del saco por vía distinta del conducto nasal obstruido, pertenece a WODLHOUSE en los comienzos del siglo XVIII. Este autor preferaba el unguis, después de la ablación del saco, con ánimo de dirigir por esta nueva vía las lágrimas hacia las fosas nasales. Esta operación fué puesta en práctica por multitud de cirujanos durante los siglos XVIII y XIX.

TABRICH en 1823 inventó un perforador especial. La trepanación del unguis, conservando el saco, fué practicada en 1840 por KERST, REIBARD, DEARQUAY, DEBOUT, FOLTZ, etc. Desde 1840 podemos decir que casi cayó en el ol-

vido hasta 1904 en que fue resucitada por TOTI en Italia y AUBARET en Francia. Em 1905 CORIS curó una fistula purulenta del saco lagrimal, extirpando el hueso careado y drenando por vía nasal. Después de este caso trató otros de supuración crónica, abriendo el saco, quitando una parte del unguis y colocando un dren de caucho y cerrando después la herida.

STRÜYCKEN en 1910, operó dos casos según el siguiente procedimiento: Liberación del saco lagrimal, resección del unguis y apertura de la cavidad nasal. Talla después un colgajo triangular en la pared posterior del saco, colocando este colgajo en la abertura y fijándolo en la mucosa nasal. Al cabo de cinco meses la abertura quedó convertida en una hendidura.

Al mismo tiempo que se hacían estos ensayos de dacriocistorinotomía por vía cutánea, se hacían otros empleando la vía nasal. STRAZZA alcanzó por esta vía el saco lagrimal, abriéndolo y raspándolo con una cucharilla. Pronto se ocluyó la abertura practicada y se abandonó el procedimiento.

BRYAN en un caso en que fracasó la operación de WEST (abertura del conducto nasal desde el ~~meato~~ medio) intervino nuevamente llegando hasta el saco, abriendo parcialmente y consiguió la curación. Operó por vía submucosa invirtiéndolo el colgajo hacia abajo.

POLIAK fundándose en la operación de TOTI experimentó en el cadáver la dacriocistorinostomía por vía intranasal (DACRIOCISTORINOSTOMIA ~~INTRA-~~NASALIS), publicando sus resultados en el DEUTSCHE LARINGOLOGEN-TAGE, = STUTTGART- 1913; en los Archives f. Laringologie, en el Congreso internacional de Londres, etc.

Este procedimiento ha sido puesto en práctica y modificado por WEST, HALLE, BOTTEY, COHN, HINOJAR y otros.

OPERACION DE TOTI. La anestesia local es suficiente y se hace mediante inyecciones de 1 y 1/2 a 3 c. c. de solución de novocaina al 1 por 100 con unas gotas de adrenalina al 1 por 1.000. Como este procedimiento

puede dar lugar a edema artificial del campo operatorio, anestesia incompleta etc., se puede hacer la anestesia sobre las ramificaciones nerviosas del nasal en su trayecto orbitario hacia el saco lagrimal y mucosa nasal anterior. A este fin se hace la anestesia, siguiendo el procedimiento de SEIDEL (1) o el de CHEVRIER y CANTONET (2), como hablaremos al tratar de la extirpación del saco lagrimal.

La operación se practica del modo siguiente: Incisión en arco de medio punto, por delante del saco lagrimal; despréndese el periostio de la fosa lagrimal, se reseca el saco, se separa hacia abajo y afuera, y se pone al descubierto la cara interna del mismo. Entonces se reseca el borde posterior de la apófisis ascendente del maxilar superior, se reseca también la mucosa que deja al descubierto la extremidad anterior del meato medio, se excinde la pared posterior del saco y luego se suturan los bordes de la porción subsistente del saco a la mucosa nasal, con lo que la comunicación

(1)-Archives f. Ophthalmologie-1914.

(2)-Archives d'Optalmologie. Diciembre-1909.

del saco lagrimal y de la fosa nasal correspondiente es amplia y directa.

Después se sutura la piel y se coloca un apósito aséptico.

TOTI da la mayor importancia al gran tamaño de la abertura ósea, que debe tener una extensión de 18 m.m. en sentido vertical y 13 m.m. en el horizontal, llegando a 6 u 8 m.m. por debajo del borde inferior de la órbita. La resección ósea por tanto no solo se extiende al fondo y bordes de la fosa lagrimal, sino a toda la cresta anterior y a una parte del borde inferior de la órbita en dirección hacia abajo y adentro, hacia la nariz. La presencia de células etmoidales en su parte superior y posterior hace excepcional la resección de la cresta lagrimal posterior o de la porción orbitaria del unguis.

La resección de la pared del saco debe ser ejecutada en lo posible en el tránsito de la pared interna a la externa (pared posterior). La resección de la mucosa nasal no debe ser menor de 10 á 12 m.m. en sentido

horizontal y 12 a 15 m.m. en sentido vertical. Debe también tenerse cuidado en que el abocamiento de los conductos lagrimales no corresponda al borde de la abertura ósea.

BLASKOVICHS hizo en doce enfermos la operación de TOTI con la modificación siguiente: Reseca la pared del saco más ampliamente, de modo que solo queda una pequeña parte de la mucosa, de 4 a 5 m.m. de diámetro alrededor del abocamiento de los conductillos lagrimales.

PRATT incide el canaliculo lagrimal inferior y por allí introduce una sonda de THEOBALD, número 14, con la cual perfora el hueso haciendo movimientos circulares.

BROECKAERT en una enferma joven hizo la operación de TOTI modificándola con fin estético. Para que la cicatriz no se conociera hizo en el ángulo inferior del ojo, una incisión en la conjuntiva, desde la carúncula. Abrió el saco lagrimal, reseco la pared posterior y el hueso po-

niéndolo en comunicación con la fosa nasal y suturó la conjuntiva.

DACRIOCISTORINOSTOMIA INTRANASAL. OPERACION DE POLIAK: La técnica que el autor sigue brevemente resumida es la siguiente: Anestesia local (cocaína intranasal e inyección subperióstica de novocaina y adrenalina). Talla un colgajo a lo HALLE, que estará separado durante toda la operación, y se utiliza para cubrir el defecto a excepción de la parte que al saco corresponde. Abre la pared ósea correspondiente al saco (apófisis ascendente del maxilar superior y unguis) con un escoplo curvo especial. Amplía la abertura con unas pinzas especiales hasta que el saco se halla completamente expuesto, y comprimiéndolo desde el exterior forme eminencia en el interior de la nariz. Abre el conducto lacrimo-nasal del saco y si está muy dilatado parte de la pared posterior por medio de unas tijeras.

En el campo operatorio pueden encontrarse antes de alcanzar el saco, la inserción del cornete medio y células etmoidales que deben ser reseca-

121

das. Se concederá un cuidado especial a la parte más alta del saco (cúpula), pues aquí el hueso ofrece gran espesor. Solamente por intervención nasal se puede confiar en la total extirpación de la pared nasal del conducto. Al fin de la operación se repone el colgajo y se hace un tapomamiento flojo con gasa yodoformada durante 3 ó 4 días. El enfermo debe guardar cama las primeras 24 horas.

TECNICA DE WEST: J.M. WEST bajo la influencia de las publicaciones de POLIAK ha pasado desde su resección en ventana de la pared del conducto nasal, a las operaciones sobre el saco. Hace la operación submucosa (a lo HALLE) y reclina el colgajo hacia abajo como BRYAN, dividiéndolo en dos partes. Con escoplo recto quita un fragmento de la apófisis ascendente del maxilar superior y del unguis, dejando al descubierto el saco lagrimal. Con unas pinzas dentadas lo atrae hacia la nariz y con un cuchillete extirpa toda la pared interna. Reaplica el colgajo y taponar. La diferencia entre la

técnica de WEST y la de POLIAK, además de la distinta manera de hacer el colgajo, está en que WEST no emplea el instrumental especial de POLIAK, y además en que este último reseca la parte más superior del conducto nasal, para evitar la estancación del pus y establecer un desagüe.

MODIFICACION DE HALLE. En 1912 HALLE observó en un enfermo operado siguiendo la ~~práctica~~ primitiva técnica de WEST, que cuando soplabá salía aire por los puntos lagrimales. Para evitar esto hizo en tres pacientes la siguiente modificación: Hace una incisión en la mucosa, en el extremo anterior del cornete inferior y otra de 1 1/2 á 2 c.m., inmediatamente por delante de la concha media. El extremo anterior de estas dos incisiones se une por otra vertical y se disecciona un colgajo de mucosa y periostio que se separa hacia atrás. Después seccionaba y extirpaba la apófisis ascendente del maxilar superior; dejaba el saco al descubierto, extirpaba su pared interna e introducía el extremo del colgajo en la cavidad del saco,

dejándolo allí a modo de válvula.

TECNICA DEL DOCTOR BOTEY: Inyección submucosa de novocaina adrenalina por delante de la cabeza del cornete medio y en la porción posterior de la apófisis ascendente del maxilar superior, Coloca un algodón impregnado de solución de cocaína al 10 por 100 encima de esta región.

Hace una incisión de la mucosa con bisturí fino hasta el hueso, a 15 m.m. por delante de la cabeza del cornete medio, comenzando lo más arriba posible y terminando a nivel de la inserción de la concha inferior. Se despliega la mucosa lo más arriba posible, se trazan hacia atrás dos incisiones horizontales en los extremos de la primera incisión y se arrancan verticalmente trozos de mucosa a 1 1/2 c.m. por detrás de la incisión primera, valiéndose de la pinza cortante. Queda de este modo creado un cuadrilátero desprovisto de mucosa de 1 1/2 c.m. de ancho por cerca de 2 c.m. de largo. Enseguida veremos el relieve del conducto lacrimo-nasal en el fondo

136

del cuadrilátero cuya mucosa hemos levantado.

Con la gubia y con la pinza de KUMMEL atacamos la apófisis ascendente del maxilar superior, poniendo el saco al descubierto. Para mayor seguridad se introduce una sonda fina de BOWMAN por el punto lagrimal inferior, la que introducida en el saco muestra el camino. Descubierto el conducto lacrimo-nasal y el saco, se nota empujando la sonda hacia adentro, la prominencia que forma, hacia el interior de la fosa nasal, su extremidad envuelta en la pared sacular, a la cual empuja.

Con pinza y bisturí finos pellizcamos y extirpamos todo lo que se pueda de esta pared. La sonda saldrá entonces por la abertura, mostrando que está situada a la misma altura que los canaliculos lagrimales.

Cuando la cabeza del cornete medio o inferior sobresalen demasiado, se extirpan previamente. Si hubiese desviaciones del tabique, habría que hacer su resección submucosa antes de abrir el saco (MAYER)(1).

(1)-Zeitsch f. Augen heil-kunde.B.XXXI pág.544.

135

TECNICA DE BRUNO COHN. Este autor teniendo en cuenta que la pared ósea del conducto nasal y la fosa lagrimal, solo está recubierta por la mucosa nasal del antro del meato medio, hace una incisión cóncava hacia atrás a un centímetro próximamente por delante de la cabeza del cornete medio, que vá a terminar abajo en la unión del primero con el segundo tercio del cornete inferior. Rechaza hacia atrás la mucosa y el periostio, dejando al descubierto la pared ósea; introduce un instrumento cuya extremidad está acodada en ángulo recto y cuya rama corta mide 4 m.m. (para no herir la pared externa del conducto perteneciente al seno ~~maxilar~~) y con la punta de esta rama guiada por la vista y apoyada en la cara interna de la apófisis ascendente del maxilar superior, vá tactando hacia atrás hasta que se hunde en el conducto por haber perforado su pared interna. Agranda la abertura con la gubia y la pinza sacabocados acodada, con la cual muerde en la parte anterior de la brecha abierta. Puesto al descubierto el saco se reseca su pared corres-

pondiente según el método ordinario.

MODIFICACION DEL DOCTOR HINOJAR(1). WEST y POLIAK para localizar el saco lagrimal utilizan dos puntos de referencia, el abultamiento que forma por delante del saco la apófisis ascendente del maxilar superior o bien teniendo en cuenta que el saco corresponde por delante y algo por encima de la extremidad anterior del cornete medio.

El Dr. HINOJAR lo localiza valiéndose de unas pinzas cualquiera de diente de ratón o unas especiales de las que sirven para otros tiempos de la operación. Estas pinzas las coloca de manera que sus ramas vayan una por dentro y otra por fuera de la nariz; apoyándose la extremidad de la rama externa sobre el saco. Apretando las pinzas, la extremidad de la rama interna corresponde en la mucosa nasal a la región correspondiente al saco y deja una huella del diente de ratón en la mucosa que sirve de punto de referencia para hacer la trepanación.

(1)-Anales de la Academia Medico Quirúrgica Española. Abril-1914.

Además, en lugar de la incisión de POLIAK, el Dr. HINOJAR hace solo un corte horizontal despegando después la mucosa. Como anestésico se sirve de una solución de cocaína al 15 por 100 adicionada de unas gotas de solución normal de adrenalina, mezcla que prefiere al líquido de BONIN por ser este último caústico y producir esfacelos.

OPERACION DE EICKEN:LAUGIER establecía una comunicación entre las vías lagrimales y el saco maxilar, atravesando con un trócar la pared externa del conducto nasal y colocando una cánula en la abertura practicada. FEIN observó dos casos de tuberculosis ósea en que comunicaban el conducto lacrimo-nasal y el antro.

EICKEN en 1912 dió a conocer un procedimiento radical consistente en la apertura del saco lagrimal desde el seno maxilar. Después de abierto el antro se pone al descubierto el conducto naso-lagrimal hasta su abocamiento en el saco, extirpando su pared ósea. Resecando la apófisis ascendente

el maxilar superior se puede extirpar todo el conducto, se puede incidir a porción membranosa hacia el lado interno y hasta puede quitarse una porción del saco.

Recientemente ha puesto al descubierto desde la boca la fosa piriforme y la apófisis ascendente del maxilar, llegando por esta vía hasta el conducto y el saco. EICKEN cree que con una unión amplia, las infecciones secundarias del seno, producidas por las vías lagrimales enfermas, no son de emer.

En esta región han relatado operaciones análogas NOLTHEIMOS, DENKER, IEBENMANN y otros.

SUPRESION DE LOS ORGANOS SECRETORES. EXTIRPACION DE LA GLANDULA

GRIMAL: Esta operación fué practicada por primera vez por PABLO BERNARD en 1843. WECKER en 1891 dá a conocer su procedimiento de extirpación de la porción palpebral de la glándula por vía conjuntival, que consiste en lo siguiente:

Anestesia local con cocaína. El párpado superior se ranversa completamente y entonces se ve en la mayoría de los casos a la glándula lagrimal que forma un saliente hacia el ángulo externo del ojo. Incindiada la conjuntiva se disecciona cuidadosamente la glándula, quitando el grupo ganglionar que la prolonga hacia abajo y que algunas veces llega al párpado inferior.

Esta disección interesa los conductos excretores de la glándula orbitaria y conduce a una degeneración, parcial por lo menos, de esta última.

AXENFELD emplea el siguiente procedimiento: Con dos ganchos romos separa ambos párpados por el ángulo interno del ojo. Visto el abultamiento producido por la glándula lagrimal, incinde verticalmente la conjuntiva y la disecciona cuidadosamente separando la glándula de los tejidos que la rodean; cogida entonces con una pinza de PEAN la separa mediante un tijereta-

zo.

SUPRESION DE LOS ORGANOS EXCRETORES: Prescindiendo de la cauterización al gálvano de los puntos lagrimales y de la obstrucción de los canalículos, nos ocuparemos solamente de la destrucción y extirpación del saco lagrimal.

DESTRUCCION DEL SACO LAGRIMAL: Puede hacerse por raspado con la cucharilla, por cauterización ígnea y por cauterización con cáusticos químicos.

CURETTAGE. Incindido el saco lagrimal, se hace un simple raspado con la cucharilla; se taponan con gasa yodofórmica y se deja la herida cerrar por segunda intención. Es preciso rasar bien todas las fungosidades, limpiar bien la fosa lagrimal y raspar lo que se pueda del conducto nasal. En casos de fístula se rasar bien todo el trayecto y la piel violácea que le rodea. Este procedimiento se suele asociar al siguiente:

CAUTERIZACION IGNEA: AMBROSIO PAREO destruía el saco lagrimal valiéndose de un cauterio de forma de pico de pájaro. En la actualidad nos valemos del termo-cauterio. LAPERSONE y ROCHON-DUVIGNEAUD, en su comunicación al Congreso internacional de Medicina de Madrid de 1903, indican una técnica combinada de raspado y cauterización ignea. Incienden primeramente la piel en la región del saco hasta llegar a este último, abren la cavidad sacular y rasplan las fungosidades. Después hacen la destrucción completa del saco con el termocauterio, cauterizando principalmente la bóveda y el orificio inferior.

Los cuidados consecutivos a la destrucción ignea son, taponamiento de la cavidad sacular con gasa yodofórmica hasta que las escaras se eliminan y la herida cicatrice por segunda intención.

CAUTERIZACION CON CAUSTICOS QUIMICOS: El impulso dado por la Escuela Italiana, hizo que se empleasen mucho los cáusticos químicos y entre

142

ellos la pasta de Viena, la pasta de Canquoin, la manteca de antimonio, etc.

NANNONI Y DELPECH destruían el saco, incindiendo su pared e introduciendo en su cavidad una mezcla de óxido rojo de mercurio y nitrato de plata. VOLPI utilizaba el nitrato de plata cristalizado y SPERINO y MANFREDI el nitrato ácido de mercurio que todavía es muy empleado.

La destrucción del saco lagrimal con estas substancias se hace según hemos indicado, abriendo la cavidad sacular y aplicando en ella cualquiera de los cáusticos arriba citados. Después se taponan la herida con gasa yodoformada y se mantiene abierta hasta que se elimina la escara producida y los mamelones carnosos acaban de llenar la cavidad, siendo algunas veces necesario repetir la cauterización.

GIFFORD presentó en la Sociedad Oftalmológica de Chicago un tratamiento de la dacriocistitis crónica, fundado en la destrucción del saco lagrimal por el ácido tricloracético, empleando en la clínica de EYE and

Ear Infirmary y publicado por él algunos meses antes(1).

(1)-GIFFORD. Método de destrucción del saco lagrimal de la dacriocistitis crónica-Ophthalm. Record-Enero 1915.

143

El procedimiento de GIFFORD es el siguiente: Hace una incisión de 2 á 3 centímetros en la región del ángulo interno del ojo, seccionando el ligamento palpebral interno, abre el saco y cauteriza la cavidad con ácido tricloracético.

El tratamiento siguiente consiste solo en llenar la cavidad con un poco de aristol y aplicar a los bordes y piel próxima una pomada de óxido de zinc. Después se aproximan los bordes o se ~~rellenan~~ rellenan de cavidad con aristo, para evitar que supure y se aplica una cura aséptica y un vendaje compresivo.

JOC-QS emplea para la cauterización el cloruro de zinc al 50 por 100. Como este procedimiento lo practica principalmente en las dacriocistitis agudas, dejaremos su descripción para el lugar correspondiente.

EXTIRPACION DEL SACO LAGRIMAL: Este método de curación divulgado ya en Francia, Alemania, Inglaterra etc, no se ha generalizado todavía en

España, pues, aunque cuenta con algunos partidarios, la inmensa mayoría de nuestros oculistas siguen destruyendo el saco lagrimal con el termocauterio o con los cáusticos químicos.

Esta operación fué puesta en práctica por primera vez por PLANTNER de Leipzig en 1724, quedando después el nitrato de plata y la piedra infernal como complemento de la operación. La gran hemorragia que ^{en} el curso de la operación se producía por herida de la angular, fué causa de que los cirujanos le tomasen miedo, y la extirpación del saco fué olvidada.

De nuevo la practicó MAGNI y GOTI en 1862; MOOREN en 1866 y HATER en 1867. Un año más tarde, en 1868, BÖRLIN de Stuttgart dió importancia a la operación, haciendo varias publicaciones referentes a este procedimiento.

WECKER era contrario a ella. "La extirpación del saco-decía- debe ser separada de la cirugía, como todo mal consejo dado en Medicina, y la retracción cicatricial que sigue a la operación es de las más ~~inconvenientes~~

145

desgraciadas". Muy parecida es la opinión de ARLT que se expresa así: "La extirpación del saco es en la mayoría de los casos de ejecución excesivamente difícil; he practicado algunas tentativas abandonadas por la gravedad de la hemorragia".

GALEZOWSKY en su tratado de Oftalmología de 1868 ni siquiera habla de la extirpación, diciendo solo que debe ser abandonada. BUSINELLI en 1872 considera fácil la operación y habla muy satisfactoriamente de sus resultados.

ARTMANN discípulo de SENISCH', publicó en 1886 los casos operados por su maestro. Lo mismo hizo en 1881 SCHREIBER con los casos operados por GRAEFFE, a los cuales añadió 96 observaciones personales. SBORDONE, AYRES, KUNHT, PFOLZ-DUSSELDORF, etc. han publicado después observaciones sobre la extirpación de sacos lagrimales.

MULLER en 1893 aconsejó el raspado del conducto nasal. PANAS con-

146

sidera la operación indicada en algunos casos. TRUC. y VALUDE preconizan la ablación parcial del saco y solo la total en casos de distensión excesiva. El profesor TOLLAUZ emplea los cáusticos y no habla nada de extirpación. DELENS en su tratado de cirugía consagra tres líneas a la extirpación del saco y dice que ha sido juzgada por WECKER como una operación desgraciada.

ROLLET en el Lyon Medical (1886-1887) y en su comunicación a la Sociedad francesa de Oftalmología, 1902, fija la técnica de la operación y sus indicaciones. Por último RIDER, ADOLF, ELLIOT, CIRINCIONE y BASSO han publicado nuevas estadísticas de extirpación de saco con resultados favorables.

En España hay poco publicado, siendo los trabajos más notables el del Dr. WIEDEN de Valencia, publicado en 1908, y las estadísticas de los Doctores M. DOLCET y GARCIA DEL MAZO publicadas en 1916.

La extirpación del saco lagrimal puede hacerse con arreglo a mu-

147

has técnicas y utilizando infinidad de instrumentos especiales que la imaginación de los autores nos proporciona diariamente. VALUDE emplea separadores de garfio con mango largo, bisturí fuerte de resección, una legra, tijeras rectas y curvas, pinzas hemostáticas y una sonda acanalada.

Los alemanes emplean una especie de blefarostato con garfios, llamado separador para la extirpación del saco lagrimal y del que hay varios modelos de AXENFELD, MULLER y de PINES modelo de WURACH de Berlín. El profesor ASSO emplea dos clases de espátulas y un bisturí de botón; LOBEL usa un instrumento que introduce por el canalículo lagrimal superior, previamente hendido, y que se abre una vez llegado al saco, precisando así el sitio exacto donde debe incidir. Emplea también una espátula especial para hacer la dirección del saco; y por último, para no perjudicar al ojo con el apósito compresivo que el autor utiliza, se vale de una pieza de caucho o de metal de la forma de una concha (coquille).

MP

La anestesia corriente para la extirpación del saco lagrimal es la local obtenida por inyección de 1 1/2 a 2 c.c. de una mezcla de solución de novocaina al 1 por 100 y unas gotas de adrenalina, haciendo tres inyecciones subcutáneas y otra profunda, por debajo del saco, hasta el periostio de la fosa lagrimal. Previamente se puede inyectar 1/2 c.c. de solución de cocaína al 2 por 100 en las vías lagrimales para que la anestesia sea más completa. Por este procedimiento se produce la pérdida de sensibilidad a los 5 ó 10 minutos.

FUMAGALLI emplea para obtener la anestesia y anemia local el Cochineo, un producto del laboratorio Torre de Turin, mezcla de clorhidrato de cocaína y extracto de cápsulas suprarrenales, disueltas en suero fisiológico licuado, de acción perfecta al cabo de tres minutos después de la inyección que evita las hemorragias secundarias, siendo perfectamente tolerado hasta

por los niños.

SEIDEL propone, según hemos indicado en otro lugar, hacer la anestesia inyectando la solución de novocaina-adrenalina en las ramificaciones del nasal. A este fin el autor hace una doble inyección de novocaina al centésimo y adrenalina (unas gotas de la solución normal) a unos dos centímetros de profundidad y a nivel del ángulo interno. La aguja penetrando por la parte alta del párpado superior y un poco hacia afuera del ángulo interno, para evitar los plexos venosos de esta región, se dirige oblicuamente hacia abajo adentro hacia el orificio orbitario interno.

En la segunda inyección la aguja penetra ~~en~~ a nivel del borde inferior de la órbita hacia arriba y adentro hacia el mismo punto. VEINTE MINUTOS después puede hacerse la extirpación. SEIDEL lo ha empleado en más de 100 casos mostrándose muy satisfecho de sus resultados. El Dr. EDUARDO A.

CO presentó al Congreso nacional de Medicina, celebrado en Buenos Aires

150

En Setiembre de 1916, una comunicación sobre "110 casos de extirpación radical del saco lagrimal" en los cuales ha empleado el método de anestesia de IDEL, considerándolo muy superior al procedimiento de infiltración anteriormente empleado.

Con bastante buen éxito se ha empleado también la cataforesis con soluciones de cocaína, y por último, en los niños y personas muy impresionables será ventajoso el empleo de la anestesia general en la extirpación del saco.

La asepsia del campo operatorio puede obtenerse mediante un lavado detenido de la piel con alguna substancia antiséptica en disolución débil, instilando en el fondo de saco conjuntival unas gotas de protargol o sulfato de zinc e inyectando en las vías lagrimales sublimado al 1 por 1000 o cualquier otro antiséptico con objeto de desalojar el contenido del saco. Después se hace una pincelación de la piel con tintura de iodo y puede proceder-

111

e a la operación.

TÉCNICA DE LA EXTIRPACIÓN DEL SACO LAGRIMAL: Previos los cuidados de asepsia y antisepsia necesarios y una vez obtenida la anestesia de la región, se hace que un ayudante tire hacia afuera de la comisura externa de los párpados, valiéndose de su dedo índice, y entonces se percibe en el ángulo interno del ojo el relieve formado por el tendón directo del orbicular que con la cresta lagrimal anterior constituyen los dos puntos de referencia de esta operación. Siguiendo el proceder de KUNHT y KOENISBERG haremos una incisión larga que comenzando en la cresta lagrimal anterior a 4 m.m. por encima del ligamento palpebral interno siga un trayecto ligeramente curvo hacia abajo y fuera, terminándole a 5 m.m. del reborde del conducto nasal. La incisión así practicada tendrá una extensión de 2 1/2 c.m. y comprenderá la piel y el tejido celular subcutáneo, hasta la pared fibrosa del saco. La incisión de la piel es el punto más importante de la operación y su buena práctica es la ba-

se de una fácil extirpación.

Se disecan los labios de la herida y se separan con los separadores ordinarios o con cualquiera de los que más arriba hemos mencionado. A unos 2 m.m. del arranque de la apófisis ascendente y siguiendo su curvatura se incinde con cuidado la túnica fibrosa, evitando así la lesión de las arteriolas procedentes de la ángular que se introducen en el canal. En seguida se coge con una pinza el borde incindido y valiéndose de la sonda acanalada se separa la capa fibrosa de la mucosa del saco.

Descubierta así la pared del saco, que se la reconoce por su color azulado, se procede a separar la porción de esta pared que se encuentra cubierta por el tendón del orbicular y la cúpula del saco, lo que se consigue tirando hacia delante del tendón con ayuda de un pequeño gancho de estrabismo, cortándolo si dificulta el aislamiento de la bóveda sacular.

Puesta así al descubierto toda la pared anterior del saco se pro-

113

de a despegar la pared interna y posterior del perióstio de la fosa lagri-
l lo que se puede conseguir con la misma sonda o valiéndose de un pequeño
riostomo. Seguiremos la operación separando la pared externa, de los teji-
s vecinos y canaliculos lagrimales, cortando estos últimos de un golpe de
pera y teniendo cuidado de no penetrar en el tejido celular-adiposo de la
bita.

Libre ya el saco por completo, se tira de él hacia arriba y adelan-
y después con unas tijeras se excinde de una sola vez el conducto nasal, lo
s abajo posible, quedando excindido el saco, sin que se derrame su contenido.

Separado el saco lagrimal se raspa el conducto con la cucharilla
rtante, separando todo el hueso enfermo, si lo hubiera. Después se procede
hacer una cuidadosa limpieza de la herida, lavándola con una solución anti-
ptica si se ha derramado pus y se suturan el tendón del orbicular y la piel

154

haciendo si se quiere una sutura intradérmica para hacer menos visible la cicatriz.

Nosotros practicamos estas dos suturas al mismo tiempo, procurando unir exactamente las dos extremidades del tendón seccionando, y suturamos después el resto de la herida con seda fina. Tocamos la sutura con tintura de iodo y colocamos un apósito aséptico ligeramente compresivo. La cura se levanta si no ocurre novedad a las 48 horas y a los 6 ó 7 días se retiran los puntos, obteniéndose la curación por primera intención.

Una precaución indispensable es asegurarse de que no queda ningún trozo de mucosa en la herida que pudiera ser origen de nuevas infecciones; por esto se examinará siempre al terminar la extirpación la entrada del canal nasal. Si el orificio es grande es casi seguro que la mucosa seguirá vertiendo líquidos sépticos que amenazarán con la producción de nuevos abscesos. Se aclarará, pues, enérgicamente, según hemos indicado, las proporciones de mucosa

SS

nferma introduciendo profundamente la cucharilla, no habiendo inconvenien-
e ~~de~~ tocarlas con la punta del termocauterio.

Puede darse el caso de cortar la arteria o la vena angulares y en-
tonces la hemorragia será notable, pero conociendo las relaciones de estos
asos con el saco será fácil evitarlo, y si desgraciadamente ocurriese po-
emos cohibir la hemorragia aplicando una pinza o practicando la ligadura

Si nos encontramos con sacos en buenas condiciones para ser extir-
dos por entero, por lo ectasiados o por el grosor de sus paredes, la ope-
ción no ofrece dificultades, y en casos que el saco sea pequeño o de pa-
des delgadas y friables se facilita su extirpación haciendo previamente

156

una inyección de parafina por los puntos lagrimales. SCIMEMI(1) recomienda para facilitar la operación, un procedimiento que consiste en teñir el saco lagrimal con una solución de proctanina al 1 por 100 que se inyecta por los canaliculos. Si estos están obstruidos o no pasa la inyección se coloca antes la sonda o se inyecta la solución colorante a través de la piel aspirando después de un corto espacio de tiempo el contenido del saco.

El Dr. WIEDEN de Valencia extirpa el saco lagrimal y el conducto nasal como lo han recomendado y lo practican los italianos CERINCIONE y BASSO. Desprende y aísla el saco lagrimal, valiéndose del escarificador de DESMARRES y con las pinzas de dientes finos levanta el saco y le aísla del canal óseo formado por el unguis. Una vez que el saco lagrimal está completamente libre, despega el conducto lacrimo-nasal de su pared ósea y termina por la parte ántero-interna, la más adherida a la entrada del conducto óseo. Termina su extirpación con una pinza hemostática de KOCHER que introduce a fondo en el conducto óseo, cogiendo el conducto lacrimo-nasal y por

(1)-La Clínica Oculística-Marzo, 1908.

ligera torsión con tracción suave termina la operación desprendiéndole completamente.

ROLLET(1) ha ensayado después de la extirpación del saco lagrimal restablecer el paso de las lágrimas por el conducto lacrimo-nasal. No habiéndole dado resultado colocar una sonda fija después de la extirpación del saco, ha probado en un caso un método operatorio del que por ser reciente la operación no puede indicar las consecuencias.

Fundándose en el método de ingerto venoso propuesto por TANTON para restablecer la uretra, ROLLET ha querido aplicar este procedimiento a una lagrimoplastia venosa. Después de la extirpación del saco secciona entre dos ligaduras un centímetro de vena mediana cefálica; el trozo venoso lo emplaza en la porción lagrimal, en luz atravesada por una pequeña sonda puesta permanente en el canaliculo lagrimal inferior, por arriba y en el conducto nasal por abajo.⁽²⁾

EXTIRPACION ATIPICA DEL SACO: Es una operación de necesidad. Si el

(1)-Revue generale d'Ophtalmologie. Noviembre-1910.

(2) Después de escrita ésta Memoria, publicó el Dr Pasterra Santa Cruz el N° 60 de los "Progresos de la Clínica" un trabajo titulado "Técnica detallada de la extirpación del saco lagrimal según el método vienés". Los principales detalles de este trabajo, que a continuación resumimos, están tomados de la obra del Profesor MELLER de la Clínica Oftalmológica de Viena: "OPHTHALMIC SURGERY."

El resumen del artículo del Dr PASTERRA es el siguiente: La asepsia del campo operatorio se obtiene lavando primero con bencina, después con jodón y con una solución de sublimado al 1 por 5000 ultimamente. Por lo general basta con el lavado antiséptico de sublimado.

Se cubre la cara del enfermo con una compresa esteril y empapada en solución antiséptica de sublimado, haciendo una abertura a nivel del saco lagrimal que pone al descubierto la región operatoria.

El instrumental necesario para la operación consiste en una jeringa

on su aguja correspondiente, un bisturí convexo, un separador de MULLER u otro cualquiera, unas tijeras finas curvas, pinzas de disección, una cucharilla pequeña de MEYHOFER, pinzas de PEAN, agujas de sutura, sondas de BOWMAN y una cucharilla grande de MEYHOFER; algunas tiras de gasa de 4/10 c.m.

La hemostasia (en la cual insiste mucho al Dr. BASTERRA) puede conseguirse aislando rápidamente el saco del canal lagrimal y taponando la herida con gasa empapada en solución de adrenalina. Cuando la hemorragia es mayor por haber sido seccionado un vaso grueso, arteria angular, se puede hacer la compresión del vaso abierto.

Para esta intervención se emplea por regla general la anestesia local obtenida con novocaina, codreina o cocaína al 2% adicionada de unas gotas de la solución normal de adrenalina. Para practicarla se busca por tacto la cresta lagrimal anterior y se inyecta a este nivel 1/2 c.c. de la solución anestésica siguiendo la futura línea de incisión. Se hacen otras dos inyecciones profundas, una por encima y otra por debajo del tendón del orbicular, penetrando verticalmente hasta el hueso e inclinando después la jeringa hacia

el dorso de la nariz para hacer la inyección subperiostica. Es preciso retirar la aguja y pinchar en otro sitio si sale liquido por los puntos lagrimales. Puede hacerse tambien la anestesia empleando la tecnica del Profesor SEIBEL descrita en otro lugar y en GRAEF'S ARCH F. OPHTHAL. 35 Band pag 185-(Zur Technik der Lokalanästhesie bei Tränensackestirpationen) aunque con él se hace por la hemostasia.

La tecnica de la operación es la siguiente: Incisión de la piel siguiendo una curva de concavidad externa de uno y medio centímetros de longitud que comienza a 4 m.m. por encima del orbicular y a unos 3 m.m. del ángulo externo del ojo y se dirige hacia abajo y afuera. Se diseccionan algo los bordes se coloca el separador de MULLER y con las tijeras se incide la fascia superficial y el plano muscular, haciendo estos cortes paralelos a la cresta lagrimal.

Llegados a este tiempo de la operación, vemos aparecer el color grisáceo de la fascia profunda la cual es necesario incidir con cuidado pues inmediatamente por debajo se encuentra el saco lagrimal.

Una vez descubierto el saco lagrimal se comienza su disección empe-

ndo por la porción póstero-externa, se cortan los conductos lagrimales y una vez aislada esta pared, se hace la disección de la interna separandola de la oseta lagrimal. Cogido el saco con las pinzasse secciona la cúpula de un tijeretazo al ras del fornix; se termina entonces la disección del saco tirando de él hacia arriba y a fuera y cortandolo lo mas abajo posible para separarlo del conducto nasal.

Se rasca despues la gotiera lagrimal para dejarla bien limpia y se penetra con la sonda de BOWMAN N°3 en el conducto para dar paso a la cuchilla de MEYHOFER con la cual se hace un cuidadoso raspado del mismo. Solo queda limpiar con gasa (seca o impregnada en la solución antiseptica) la cavidad que ha quedado; quitar el separador de MULLER y practicar la sutura para reunir los labios de la herida. Se coloca por ultimo un apósito compresivo para evitar que se llene de sangre la cavidad que queda después de la operación.

Termina su trabajo el Dr PASTERRA indicando la conducta a seguir en las dacriocistitis agudas, mucocelos quisticos, dacriocistitis con fistula y en los accidentes que pueden ocurrir durante y despues de la operación.

tumor no es adherente a la piel, después de la incisión de los tegumentos se cae sobre un saco blando y friable que se desgarrar; no hay más remedio por consiguiente que extirparlo trozo a trozo, por morcellement, pasando una legra por debajo del saco y separando masas que serán cortadas con las tijeras.

Cuando el tumor es adherente a la piel es necesario desecarlo con cuidado, viéndonos precisados muchas veces a emplear el termocauterio, aunque es preferible hacer una buena limpieza con legra y tijeras. Cuando existen fistulas, es necesario raclar bien la cara interna de la piel, con objeto de poder utilizarla y obtener una reunión perprimam.

TRATAMIENTO GENERAL: La influencia del estado general en las determinaciones patológicas de órganos en particular, y la posible repercusión de cualquiera de ellas, sobre partes vecinas o lejanas, son hechos de observación tan reiterada que alejan toda discusión. La idea de una estrecha solidaridad orgánica así en el estado de salud como en el de enfermedad no es

163

nueva ni con mucho; HIPOCRATES ya decia en su muy conocido aforismo CONSENSUS UNUS, CONSPIRATIO UNA ET OMNIA IN CORPORE CONSENTIENTIA. No hemos de detenernos en disquisiciones innecesarias; desde luego admitimos como hecho inconcuso que los estados constitucionales, asi como las alteraciones anatómicas o funcionales de los órganos, pueden ser y son de hecho factores etiológicos más o menos directos en las afecciones del aparato de la visión que no habia de hacer excepción a la ley general de correlación orgánica, y por consiguiente hemos de tener esto en cuenta al llegar a la terapéutica, pues el tratamiento del estado general puede ser muy útil para la curación de las dacriocistitis.

No hemos de hacer aquí el estudio de las diatesis y sus relaciones con la patología ocular; prescindiremos también del lagrimeo por auto-intoxicación, el lagrimeo que podríamos llamar por neuro-artritis, así como de los estrechamientos del orificio inferior del conducto nasal debidos a procesos

164

patológicos nasales de origen diatésico. Diremos únicamente que el oftalmólogo que antes que especialista debe ser médico general, hará un detenido exámen a su enfermo y procurará atender tanto al estado general como al proceso local morbozo que presente.

Nosotros trataremos únicamente de los regimenes higiénicos y farmacológicos de la tuberculosis y de la sífilis, los dos procesos generales que con mayor frecuencia dan origen a inflamaciones del aparato excretor de las lágrimas.

Con respecto al tratamiento antisifilitico en los procesos de esta naturaleza del saco lagrimal, poco hemos de decir, puesto que la medicación mercurial y yodurada son lo suficientemente conocidas para que nos ocupemos de ellas. Los procesos sifiliticos casi todos de difícil diagnóstico, mejoran en poco tiempo con un tratamiento adecuado y es por esto por lo que aunque solo sea como prueba se empleará el tratamiento antiluetico,

165

cuando sospechamos el origen sífilítico de la afección.

ANTONELLI(1) que ha estudiado las modificaciones que puede introducir en el conducto nasal óseo, ^{las} exostosis de origen sífilítico, recomienda el tratamiento mercurial bajo la forma de fricciones en las dacriocistitis rebeldes de los niños, complicadas con lesiones que puedan hacer sospechar una heredo-sífilis.

MEDIDAS DE HIGIENE GENERAL. TRATAMIENTO HIGIENICO DE LOS PREDISPUESTOS A TUBERCULOSIS O AFECTOS DE UNA TUBERCULOSIS LOCAL: GAUTRELET fundándose en los resultados de sus investigaciones urológicas y en gran número de análisis de orina, reduce la gran variedad de estados ~~diatésicos~~ ^{estudiadas}, considerados antiguamente, a dos grandes grupos, en los que encierra todas las variedades y subvariedades en otros tiempos. En el primer grupo Diatesis por hiperacidéz orgánica, incluye el artritismo, la obesidad, la gota, la diabetes, el retardo nutritivo de BOUCHARD en una palabra ; y en el segundo

(1)-Comunicación a la Sociétté Française d'Ophtalmologie Octubre 1909.

168

grupo, Diatesis por hipoacidez orgánica, estudia las diatesis tuberculosa y escrofulosa.

Esta diferencia entre el ~~ártrico~~ y el tuberculoso, ya nos guía en el fin que hemos de perseguir con el tratamiento; Convirtamos al predispuesto a la tuberculosis en un distrófico, transformemos un terreno apto para el desarrollo del bacilo de KOCH, en un terreno poco apto, ~~xxxxxxxxxxxxx~~ ~~xxx~~ organismo artrítico de nutrición retardada, y habremos dado un gran paso para impedir la explosión o extensión del proceso.

Según el profesor GRAUCHER "Un individuo que adquiere tuberculosis hallándose en un estado de salud satisfactorio, no se deja invadir por el bacilo sin que haya luchas encarnizadas; de donde resulta la prolongación, la inmovilización y hasta la curación del proceso. El medio empleado por el organismo para resistir al bacilo es el enquistamiento por producción de tejido fibroso; pero el organismo solo puede disponer de los re-

curso suficiente para subvenir a las necesidades de esta producción, si se mantiene en estado de robustez conveniente. De aquí se desprende una conclusión que puede parecer inocente, pero que es la traducción exacta de la realidad; el mejor remedio contra la tuberculosis es la robustez".

Por esto el tratamiento ha de encaminarse también a combatir por los medios más enérgicos el decaimiento orgánico que acompaña casi siempre a la tuberculosis y que puede convertirse además en la causa más activa de su evolución desfavorable y su tendencia a la generalización. Estas dos cosas, tonificación del organismo y retardo de la nutrición, se consiguen por medio de procedimientos muy variados, de los cuales unos son higiénicos y otros farmacológicos, siendo los elementos principales del tratamiento higiénico el régimen de reposo, la cura al aire libre, la sobrealimentación, la helioterapia, y la hidroterapia.

REGIMEN DE REPOSO: Todo trabajo del organismo lleva consigo un gasto de energía, en el sentido mecánico de la palabra. Teniendo esta energía su origen en las combustiones profundas y en las reacciones químicas que se efectúan en la intimidad de nuestros tejidos, viene a resultar un desgaste orgánico más o menos considerable, que se puede hasta cierto punto reducir disminuyendo el trabajo. Si no siempre es posible contener el decaimiento progresivo del organismo, aumentando los ingresos, bien a causa de una anorexia persistente, bien a causa del defectuoso funcionamiento de su aparato digestivo, por lo menos parece que se puede casi siempre disminuir los gastos, ahorrando las fuerzas, disminuyendo o suprimiendo completamente el trabajo. La necesidad del reposo se impone como una de las mejores condiciones para el restablecimiento del organismo debilitado de estos enfermos.

Aunque parezca una contradicción a lo dicho, este reposo, de mucha utilidad en las tuberculosis viscerales febriles, sería inútil y hasta perjudicial en algunas formas apitéticas localizadas como es la que nos ocupa.

Se deben combinar el reposo y el ejercicio, combinación hecha con exquisito tacto para obligar al enfermo a aumentar sus fuerzas, haciendo uso de ellas, pero sin causarle sin exagerar por un ejercicio demasiado activo las combustiones orgánicas, que bastante exageradas están en organismos predispuestos a la tuberculosis.

CURA DE AIRE: De capital importancia en la tuberculosis pulmonar, cede mucho de su papel al sol y al clima en las tuberculosis localizadas; sin embargo, la facilidad con que individuos venidos del campo a las grandes capitales contraen la tuberculosis; la enorme desproporción que hay entre el número de tuberculosos que habitan casas soleadas y ventiladas en una gran población y los que habitan en calles estrechas y en casas oscuras y que se ventilan por una ventana ^{que da a un patio} llena de inmundicia y la desproporción que hay también entre los que viven en sus casas aisladamente aunque ~~son~~ sean de malas condiciones y los que viven hacinados en cuarteles, cárceles, hospitales, hospicios, etc., hacen pensar en la gran importancia que tiene una buena aireación para evitar cuando menos el desarrollo y extensión de procesos tubercu-

170

losos.

CLIMA: Admitido el principio de la aireación continua, importa saber bajo qué clima es preferible ponerlo en práctica. #Acerca de este punto se han modificado mucho las ideas en estos últimos años. Está probado hoy que no hay ningún clima específico favorable a la tuberculosis. "Todos los aires son buenos con tal que sean puros y que se pueda gozar de ellos en localidades cómodamente instaladas para los enfermos".(DAREMBERG).

La cura puede realizarse en todas partes. Mucho antes que LANDOUZY propusiera el home sanatorium (hogar sanatorio), se comenzó a poner en práctica en los Estados Unidos el sanatorio caravana#. El home sanatorium provocó la idea de que basta(en estaciones en que el aire es puro, las oscilaciones de temperatura mínimas, en que no existen nieblas, en que la atmósfera es tranquila, la luz intensa y el sol seco. Poco importante, de ordinario, que se trate de un clima de llanura o de montaña, de un clima caliente o

do muy recomendada en la dacriocistitis tuberculosa por M.ABADIE(1)sustituyendo la cura marina, en los enfermos que no pueden hacerla, por un medicamento, el yodogenol, que según él producirá los mismos efectos.

El profesor ALBERTO ROBIN ha demostrado cómo el clima marítimo responde a las dos grandes indicaciones terapéuticas: remineralización y aumento de la nutrición, que hay que llenar en las tuberculosis. Desde muy antiguo se han recomendado los viajes por mar, en buques de vela de andar lento y que pasaran progresivamente de las zonas templadas a los climas cálidos. (2) LINDSAY ha escrito sobre este particular algunas páginas llenas de encanto. Se objetó que los marinos pagan un fuerte tributo a la tuberculosis, pero a este particular es fácil responder que la tuberculosis se engendra en ellos por las pésimas condiciones de algunas embarcaciones y no por el aire de mar.

(2) LALESQUE ha estudiado cuidadosamente esta cuestión y establece que

(1)-Société française d'Ophtalmologie-Mayo 1911.

(2)-Cure maritime de la phtisie pulmonaire-Paris 1897.

los sanatorios marítimos pueden ejercer no solamente una acción paliativa, sino hasta curativa de todas las fases y formas de la tuberculosis. En Menton y en Arcachon, por ejemplo, los enfermos que curan mejor son aquellos que se resignan a pasar largas horas tendidos en una silla de extensión, resguardados por una ligera tienda de campaña, en el puente de un buque suavemente mecido por las olas y la brisa.

A este mismo respecto en el último congreso de Talasoterapia, celebrado en Abril de 1914 en Cannes bajo la presidencia del Príncipe de Mónaco, aportaron datos de inapreciable valor autores de tanto renombre como D'ARSENVAL, DANIEL, BERTHELOT, JOSE BALBOT, ALBERTO ROBIN, etc.

SOBREALIMENTACION: Tiene gran importancia este punto del tratamiento, pues no solamente debemos alimentar al presunto tuberculoso para mantener sus fuerzas, sino que es preciso también modificarle, podemos decir que es la alimentación con fin y a dosis terapéuticas.

Muy numerosos y variados son los elementos de sobrealimentación de que disponemos y que podemos administrar. Tenemos como más importante la carne cruda, la leche y sus variantes, el Kumis y el Kefir, los huevos, los cuerpos grasos, manteca, aceite de hígado de bacalao, etc. Si embargo podemos resumir la sobrealimentación en dos condiciones: 1ª que ha de variar dentro de su bondad de unos individuos a otros, según sus costumbres, familia, país, etc.; 2ª que la alimentación ha de ser, no solo abundante, sino acomodada al aparato digestivo, teniendo en cuenta la facilidad con que este último se altera y la importancia que tienen estas alteraciones.

HIDROTERAPIA: Las duchas frías, el baño frío, ejercen un efecto tónico a veces muy apreciable y útil en estos enfermos. Las fricciones como se sabe son un precioso elemento de estimulación cutánea, cuyo empleo está aquí muy indicado. Se pueden dar fricciones secas con el guante de

678

crin o de franela y fricciones húmedas con el guante mojado en un líquido irritante, alcohol puro, alcohol alcanforado, alcohol de romero, bálsamo de Fioravanti, etc. M. ABADIE recomienda la fricción diaria sobre la región torácica o dorsal con una cucharada sopera del siguiente linimento: ~~Gua~~ yacol 15 gramos, aceite de hígado de bacalao, 120 gramos, esencia de torongil 4 gramos.

Estas fricciones deben darse por el tronco y miembros, debiendo ser lo bastante enérgicas para provocar sin dolor una rubefacción marcada de las regiones frotadas. La hora más oportuna para practicarlas es por la mañana al levantarse.

Respecto a la cura hidromineral, las aguas clorurado-sódicas de cualquier clase son las más convenientes en las tuberculosis quirúrgicas.

Los niños hasta los 12 años deben ir a baños de mar, mejor al Cantábrico que al Mediterráneo. En la segunda infancia las aguas clorurado sódicas

sulfurosas de Otalora, Paracuellos de Jiloca, Zaldivar, etc., de no gran temperatura son las más indicadas. A los niños de sistema nervioso excitable, se les puede enviar a Orduña de cloruración débil. Si las lesiones son grandes, si estamos en el límite de la escrófulo-tuberculosis, las cloruradas-sódicas fuertes de la Toja y Medina del Campo son las que más convienen. Con estas aguas se asegura haber curado el lupus.

HELIOTERAPIA: La helioterapia es tan vieja como el mundo: HIPOCRATES la ensalzaba mucho y el solarización formaba parte de las instalaciones romanas. Como método de tratamiento en las tuberculosis químicas, la exposición a la luz solar, constituye una terapéutica relativamente reciente. Fué en Lyon sobre las terrazas del Hotel Dieu donde hace veinticinco años los profesores OLLIER y PONCET expusieron al sol por primera vez a sus enfermos afectados de tuberculosis químicas.

Ya en 1852 FURCK aplicó la cura solar para ~~aplicar~~ mejorar el esta-

do general del organismo y tres años más tarde RICKLI fundó en Austria un establecimiento destinado al tratamiento de las enfermedades generales por los baños de sol. Poco a poco fueron acumulándose trabajos sobre este asunto al mismo tiempo que se precisaban las indicaciones y se afirmaban los buenos resultados del método. MALGAT de Niza, BERNHARDT de Saint-Monz, ROLLIER de Leysing y GRINDA de Niza, aplicaron la helioterapia a las tuberculosis externas quirúrgicas.

REVILLET, VERNET de Cannes, VIDAL y JANBERT de Higères, CALVE de Berck y otros muchos han publicado comunicaciones interesantes sobre los diferentes modos de aplicación de la luz solar combinada con la cura marina.

El ocuparnos en este lugar de los elementos y propiedades de los rayos luminosos y de los efectos fisiológicos y terapéuticos de la luz solar, sería dar demasiada extensión a este punto y salirnos mucho de la cuestión que nos ocupa; por estas razones prescindiremos de todos estos

datos y solo diremos cuatro palabras acerca de cómo debe practicarse la helioterapia.

La práctica de la helioterapia es ~~una~~ cosa sencilla. La cura solar es posible en todas partes donde haya sol. Lo esencial es llegar a la insolación de toda la superficie del cuerpo. Existen para ello dos procedimientos: puede ~~se~~ exponer primeramente todo el cuerpo durante poco tiempo o exponer solamente los miembros, llegando después a la insolación general. De todos modos la cura solar debe llevarse a efecto con lentitud y de un modo progresivo para evitar los eritemas, las insolaciones, la laxitud general, la inapetencia y hasta algunas reacciones febriles.

Según D'OELSMITZ la temperatura más favorable para los baños de sol, que siempre deben tomarse al aire libre, es la de 35 a 40°, muy próxima por consiguiente a la del cuerpo humano. Por encima y por debajo de esta cifra los enfermos toleran muy desigualmente las variaciones térmi-

cas y la tolerancia depende del estado general, de la resistencia del enfermo y del periodo de entrenamiento.

La duración óptima de la insolación debe fijarse para cada enfermo después de algunas observaciones; unas veces es de 3 a 4 horas al día, otras, 5, 6 o más. Lo esencial es no provocar reacciones peligrosas.

Casi todos los autores están conformes en lo beneficiosa que es la asociación de la cura de sol y el clima marino. Observaciones muy prolongadas han demostrado a MALGAT la riqueza de rayos azules del litoral del Mediterráneo. Según la opinión de D'OELSNITZ las grandes superficies acuosas, las grandes playas poseen un poder reflejante interno para los rayos ultravioletas, y si a las playas del Norte les falta en algunas estaciones la insolación directa, en cambio gozan de un poder actínico interno producido por la luz difusa, en tiempo cubierto. De modo que en las playas de helioterapia acentúa los beneficios de la cura marina.

188

REGIMEN FARMACOLOGICO: No hemos de estudiar aquí uno a uno los infinitos tónicos, reconstituyentes y medicamentos de todas clases que se administran a los enfermos; son de todos tan conocidos ^{escrofulosos} que huelga el hacer un estudio minucioso de cada uno de ellos. Nos contentaremos por consiguiente con mencionar las medicaciones yodurada, arsenical, fosforada, ferruginosa, creosotada, etc. que son las más empleadas en estos enfermos, y únicamente mencionaremos por su novedad un medicamento recomendado por ABADIE(1) y capaz, según él, de sustituir la cura marina. Se trata del yodogenol, compuesto orgánico de iodo perfectamente asimilable y muy bien soportado por el organismo pero que igual que la atmósfera marítima no obra sino al cabo de algún tiempo. Es por esto por lo que es necesario su uso prolongado a dosis de 30 gotas diarias, siendo según ABADIE prodigiosos sus resultados, que empezarían a notarse a los 4 ó 5 ~~meses~~ meses de tratamiento. Cuando su acción es manifiesta hay que continuar su empleo

(1)-Societe française d'Ophtalmologie. Mayo 1911.

indefinidamente, pues ya hemos indicado que es un medicamento que se tolera muy bien.

MICROBIOTERAPIA. TERAPEUTICA ESPECIFICA: La vacunoterapia neumocócica y las autovacunas preparadas con los productos de exudación de sacos lagrimales inflamados, se han empleado en el tratamiento de las dacriocistitis, refiriéndose bastantes éxitos obtenidos con este tratamiento. Nosotros lo hemos empleado en varios casos de dacriocistitis recientes y si bien obtuvimos una notable mejoría al comienzo del tratamiento en todos los casos, la acción de la autovacuna no pasó de aquí y estas mejorías fueron seguidas a algún tiempo después de los mismos ~~sintomas~~ síntomas que se presentaron antes de comenzar las inyecciones de vacuna específica.

La tuberculinoterapia es asunto que aunque no mucho, está bastante mejor estudiado que los anteriores, y ha sido ya empleada infinidad de veces en el tratamiento de la tuberculosis del saco lagrimal.

VON HIPPEL fué el primero que ~~aplicó~~ aplicó las tuberculinas a la

curación de las tuberculosis oculares. Sus ensayos fueron seguidos por DAVIER, ROHMER y L.DOR. En 1898 MORAX las empleó en el tratamiento de un caso de tuberculosis del saco lagrimal complicado con fístula y lupus cutáneo, y más recientemente han referido casos semejantes WIRTZ y HARRISMAN BUTLER.

La acción curativa, cicatrizante y esclerosante que produce la tuberculina, pudiera ser contraproducente en terapéutica de vías lagrimales, y es por esto por lo que sus indicaciones son restringidas. Se la puede emplear en casos en que el proceso se extiende, invadiendo las partes vecinas, carúncula, conjuntiva o piel que dificultarían ^{y harían} casi imposible ~~un~~ tratamiento quirúrgico, radical. En ciertas formas secas, esclerosantes inflamatorias, sin ectásia sacular, pudiera ser empleada como medicamento coadyuvante, juntamente con el cateterismo y dilatación del conducto lacrimo nasal con los estiletes de BOWMAN.

Se puede emplear la fórmula del profesor ASCENFELD.

Tuberculina antigua de KOCH.....1 c.c.
Fenol.....1/2c.c.
Agua destilada.....100 c.c.

Cada 1/10 de c.c. de la fórmula anterior equivale a un milígramo de tuberculina. La dosis de la primera inyección no debe ser mayor de esta cantidad(1 milígramo de tuberculina). La inyección se practicará por la mañana y se examinará la reacción hipertérmica consecutiva.

Se recordará que KOCH en 1890 recomendaba evitar con cuidado toda reacción local y general y que como ha demostrado VON HIPPEL conviene habituar al organismo a dosis progresivamente crecientes.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES: Solamente estudiaremos en este lugar las dacriocistitis y periorbitis flegmonosas y las fistulas lagrimales.

184

DACRIOCISTITIS AGUDA: Los antiguos daban el nombre de ANQUILOPSIS al cuadro clínico del flemón del saco. Este mismo nombre sirvió para designar más tarde la inflamación del tejido celular subcutáneo situado delante del saco, inflamación consecutiva a erisipela, forunculosis, etc. PARINAUD demostró que las estrecheces y obstrucciones del conducto nasal pueden ser causa de inflamaciones del tejido celular perisacular, en ausencia de toda inflamación del saco, y a estas inflamaciones es a las que dió el nombre de pericistitis lagrimal. ROLLET y JOCQS han dado el nombre de tumor prelagrimal a la acumulación del líquido por delante del saco lagrimal simulando una dacriocistitis enquistada.

TRATAMIENTO DE LA DACRIOCISTITIS AGUDA: Con respecto al tratamiento de la dacriocistitis aguda o mejor dicho de los flemones de la región del saco lagrimal, se debe intentar en un principio la resolución por medio de la aplicación de compresas calientes, y teniendo en cuenta la natu-

raleza estreptocócica de la afección, la aplicación del suero MARMORESK en inyección subcutánea podría producir buenos resultados.

En el saco lagrimal se harán lavados con la jeringa de ANEL cargada con alguna solución antiséptica, lo que al mismo tiempo nos servirá como medio diagnóstico para informarnos sobre el estado de las vías lagrimales.

Si los fenómenos siguen se puede hacer, como propone FAGE, la abertura amplia y profunda de la bolsa. ROLLET y TERSON recomiendan la extirpación o el raspado con la cucharilla y cauterización ignea de la bolsa pericística. Mas tarde ROLLET se muestra partidario de la extirpación del saco con legra. ANGIERAS DE LEVAL, hace lo que él llama incisión interna, que debe ser un desbridamiento a lo WEBER del ligamento palpebral por el canaliculo superior. El Doctor BLANCO de Valencia publicó en 1909 un trabajo sobre precistitis lagrimal en el que se declara partidario del tratamiento conservador, considerando el cateterismo por incisión del saco como

n mal procedimiento que puede dar lugar a fístulas.

JOCQS(1) desde hace unos veinte años viene empleando en el tratamiento del tumor lagrimal el procedimiento siguiente: Hace anestesia superficial con inyecciones de novocaina-adrenalina. Después hace una punción profunda con el bisturí por encima del orbicular, que debe siempre ser seccionado. Se pasa una sonda acanalada por esta abertura, llevándola paralelamente a la pared cutánea hasta el límite inferior de la bolsa pericística. Después se incide esta pared sobre la sonda acanalada, precaución con la cual se evita cortar a ciegas la pared anterior del saco, sino está dividida.

La bolsa así abierta se vacía de su contenido, se lava y se tapana con algodón hidrófilo durante 24 horas. Al día siguiente, se quita el algodón.

Si la cavidad sangra todavía, se la seca y se examina el fondo. Una
-La clinique Ophtalmologique-Junio 1916.

inyección hecha por el canalículo lagrimal inferior, permitirá ver en el fondo de la herida, si el saco se distiende o si el líquido sale al exterior, indicando que el saco está abierto que es el caso más frecuente.

Entonces se toca la bolsa pericística con un tapón de algodón empapado en una solución de cloruro de zinc al 50 por 100. La cauterización no será dolorosa si previamente se ha hecho un taponamiento con algodón hidrófilo impregnado en solución de cocaina-adrenalina.

Una vez hecha la cauterización se hace un sondaje del conducto nasal, introduciendo la sonda por el canalículo inferior o directamente en el saco, si este último ha sido abierto, con objeto de conservar la permeabilidad de las vías lagrimales una vez obtenida la curación. Se cura después la herida con un clavo de algodón untado con alguna pomada antiséptica y se repiten los sondajes y las curas durante ocho días.

Pasada una semana se hace un raspado para eliminar completamente la escara producida por la cauterización, quedando entonces una superficie

cruenta que se tapona con tapones de volumen decreciente hasta que la cavidad sea lo bastante reducida para que se pueda hacer una simple cura compresiva, cerrándose la herida generalmente en dos o tres días.

TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS LAGRIMALES: Un tratamiento bien hecho de la dacriocistitis que las acompaña suele ser suficiente para obtener su obliteración. Se pueden incindir sus bordes o tocarlos con el galvano cauterio. Se pueden emplear las inyecciones de pasta de bismuto u otra análoga y hasta tallar un pequeño colgajo y cerrar la fistula por una verdadera autoplastia. Según el consejo de MACKENZIE y DESMARRES, si la afección no produce molestias al enfermo haremos bien absteniéndonos de toda intervención.

CONSIDERACIONES

Tales son los numerosos procedimientos que se emplean hoy para el tratamiento de las dacriocistitis. Repetimos una vez más que no son aplicables indistintamente en todos los casos y que el oftalmólogo debe elegirlos después de un detenido exámen de todas las circunstancias y particularidades que presente el caso que vaya a tratar.

En primer término el espíritu conservador es el que ha de guiar en principio nuestra conducta, y con arreglo a él, siempre que podamos, libraremos a nuestros enfermos de intervenciones inútiles.

La urgencia de la curación, la naturaleza y estado del proceso, su etiología, los fines estéticos, etc., serán también muy dignos de tenerse en

uenta, antes de decidirse por uno u otro tratamiento.

En casos recientes, ligeros, en que se compruebe alguna lesión nasal, puede bastarnos para aliviar la epífora, el tratamiento adecuado de la afección causal. Aplicando en la conjuntiva medicamentos astringentes y antisépticos, sulfato de zinc, protargol, pomada de óxido amarillo de mercurio, etc. y practicando a menudo el masaje del saco lagrimal, se obtiene la ~~curación~~ curación en algunos casos y una marcada mejoría la mayor parte de las veces.

Cuando la enfermedad ha resistido a este tratamiento y la compresión del saco hace salir cierta cantidad de exudados por los puntos lagrimales; ~~usando~~^{se} el aceite gomenolado o yodofórmico, la glicerina guayacolada, etc., si se trata de procesos tuberculosos, y los antisépticos corrientes si se trata de una dacriocistitis catarral o purulenta común.

Si existen estrecheces del conducto nasal y no dan resultado estos encillos procedimientos, apelaremos a la dilatación gradual con sondas, a la

electrolisis o practicaremos la operación de STILLING seguida de cateteris-
o o lavados antisépticos hasta que desaparezca la supuración del saco.

Siendo lo más racional en el tratamiento de las dacriocistitis el restablecimiento de la permeabilidad de las vías lagrimales, pues la obstrucción del conducto nasal, según hemos tenido ocasión de ver, es la causa más frecuente de la infección sacular, es indudable que el cateterismo que facilita y restablece el desagüe de las lágrimas debe ser la operación de elección, por unir a estas ventajas el conservar íntegras las vías lagrimales y ser operación sencilla, poco dolorosa y que puede ser practicada en cualquier ocasión. Sin embargo, ocurre con la dilatación del conducto nasal una cosa muy semejante a lo que pasa en el tratamiento de las estrecheces uretrales, que son muy raros los enfermos que podemos dar por curados.

Los casos más favorables son aquellos en que existe una tumefacción el conducto y en que la afección no data de mucho tiempo, pero en la mayor

parte de los enfermos, y dando por supuesto que las estrecheces no sean óseas, después de dilataciones, graduales o electrolíticas perfectamente practicadas, después de estricturotomías en que parece haberse obtenido la curación, sucede al cabo de un cierto tiempo, a este alivio temporal, un retorno a lo pasado, pues las estrecheces se forman de nuevo, los microbios invaden nuevamente el saco lagrimal y los síntomas reaparecen, siendo necesario comenzar otra vez el tratamiento.

Al lado, pues, de las ventajas que antes hemos señalado de ser el cateterismo tratamiento muy racional por su objeto, cómodo por lo poco doloroso, muy estético porque no deja más huella que la incisión casi imperceptible del canalículo y eminentemente conservador pues con él nada se destruye ni se suprime, hay que poner los inconvenientes de ser tratamiento largo, no radical, puesto que con frecuencia se reproduce la afección y hay que repetirlo, y por último estar expuesto a accidentes tales como falsas vías, desgarros de la mucosa etc.

El procedimiento debe emplearse por consiguiente cuando se trate de casos de aparición no muy remota, sin distensión grande del saco; en casos en que como ocurre tratándose de enfermos jóvenes queramos evitar cicatrices; en pacientes en que por no haber peligro inmediato a graves complicaciones, podamos obrar lentamente y esperar con calma la curación, y en aquellos enfermos que por miedo u otra cualquier causa no quieran someterse a mayores intervenciones.

De todos modos indicaremos siempre a los enfermos nuestra falta de seguridad en su radical curación y se les aconsejará que no se abandonen, practicando temporalmente nuevos cateterismos con objeto de impedir la formación o desarrollo de nuevas estrecheces.

En casos rebeldes, de larga duración y en los que han fracasado los procedimientos hasta aquí enumerados, especialmente si el saco está dilatado o existen fístulas lagrimales, está indicado el tratamiento radical, pudién-

194

dose practicar, la incisión del saco, la dacriocistorinostomía, la destrucción o la extirpación del saco.

La incisión del saco es operación que solo tiene la ventaja de ser conservadora pero que tiene los inconvenientes de ser de resultados dudosos e incompletos, y ser un procedimiento muy largo, pues solo después de algunas semanas y de muchos apósitos se obtiene la curación por segunda intención con cicatriz bastante visible por regla general.

Respecto a la dacriocistorinostomía, así en principio parece buena operación, pues restituye, el curso de las lágrimas hacia la nariz, antes impedido por las estrecheces u obstrucciones del conducto nasal.

Como sabemos, la operación puede hacerse por vía cutánea y por vía intranasal. Tanto en un caso como en otro es necesario, para poderla practicar fácilmente, que el saco esté notablemente distendido.

Según CLARK(1) tendría la dacriocistorinostomía las siguientes ven-

(1)-Jour Ophthal and Oto-laring-Marzo 1915.

17f

tajas:

1º-Función normal del aparato lagrimal después de la intervención;2º-no habría epífora consecutiva a la operación;3º no habría necesidad de practicar una segunda intervención sobre la glándula lagrimal;4º-desaparecería la epífora consecutiva a la estenosis del conducto nasal;5º-debe ser la operación de elección en casos de flemón.

El inconveniente mayor de la dacriocistorinostomía es que la comunicación entre el saco lagrimal y la nariz puede cerrarse con el tiempo, reproduciéndose la enfermedad. TOTI dice que esto puede evitarse con resecciones amplias, según hemos ya apuntado, POLIAK y los que practican la operación por vía intranasal, opinan que en caso de obliteración de la abertura una sencilla operación bastaría para restablecer la comunicación.

En realidad esta operación es relativamente reciente, nuestra experiencia es muy pequeña y las estadísticas no son hasta hoy lo suficiente-

196

mente numerosas para juzgar de sus lejanos resultados.

TOTI presentó la estadística italiana(1909-1910) de casos operados según su procedimiento, en los cuales había obtenido un 48 por 100 de curaciones totales y un 43 por 100 en que la curación no era definitiva. En estos últimos no se pudo restablecer el curso de las lágrimas y la prueba química, aplicación salicílica en la conjuntiva y de cloruro férrico en el meato medio, fué negativa; atribuyendo esta falta de curación total a defectos de técnica y a resecciones poco amplias.

HIRSCHBERG, AXENFELD, FRICKER, ZIMMERMAN, etc., hablan desfavorablemente del método de TOTI. En un caso de AXENFELD a pesar de una gran resección ósea y de no existir ninguna afección nasal, se cerró la abertura al cabo de nueve meses, por una cicatriz membranosa. ZIMMERMAN solo ha obtenido resultados definitivos en 87 casos. SALUS en 29 casos operados solo ha obtenido 15 curaciones radicales y 14 en que no se pudo conseguir el fin princi-

pal de la operación; el restablecimiento de la evacuación espontánea de las lágrimas; SCHIRNER en 8 casos obtuvo 5 curaciones, quedando en los tres restantes un ligero lagrimeo; TOROK operó 9 casos, de los cuales 6 curaron radicalmente. LOUVENSTEIN refiere 39 operaciones practicadas según la técnica de TOTI; las lágrimas se evacuaron espontáneamente en 24, de los cuales en ninguno quedó epífora, pudiéndose hacer en todos lavados por el canalículo inferior.

SALUS contraindica la operación de TOTI en dos casos: 1º—Cuando se han incidido los conductillos lagrimales antes de la intervención, pues entonces falta un factor activo de la progresión de las lágrimas y 2º—En casos de afecciones progresivas o graves de la mucosa de las fosas nasales propagadas al conducto nasal.

Respecto a la dacriocistorinostomía por vía intranasal resumiremos lo dicho por POLIAK en el Congreso de Oftalmología celebrado en San Petersburgo el año 1914.

Los resultados inmediatos de la operación, según el autor, son inmejorables, cesa inmediatamente la supuración por el ojo y las lágrimas fluyen a pesar del tapón. En los primeros días hay sensibilidad a la ~~infección~~ infección en el ángulo interno del ojo, en el sitio correspondiente a la herida ósea, formándose también, algunas veces, un hematoma subcutáneo en el párpado inferior.

Respecto a los resultados definitivos dice POLIAK que los fracasos se deben a la oclusión o estrechamiento de la abertura nasal o a sinquias entre la pared ~~externa~~ externa y el septum, como ocurrió en un caso de MAYER. Tales procesos son de esperar cuando es lenta la reparación de la herida y se observan dentro de las seis primeras semanas, pudiendo considerarse como curaciones definitivas aquellos casos en que estas alteraciones no aparezcan durante los dos primeros meses.

Comprende como curados aquellos casos en que ha desaparecido total-

nte la enfermedad y la derivación de las lágrimas es fisiológica y como me-
curados aquellos en que persiste la epífora o hay alguna supuración nasal,
onsiderando a estos casos de mejoría como no curados.

La operación da buenos resultados en todas las formas de dacriocis-
titis, siendo la epífora lo más rebelde a este tratamiento; según POLIAK esto
ría debido a faltas de diagnóstico etiológico de esta afección. Las ven-
jas de la operación de POLIAK sobre la de TOTI serían: 1°-Evitar una cic-
riz más o menos perceptible; 2°-En caso de fracaso se puede aliviar la dolen-
a con una segunda intervención; 3°-Se puede emplear en la dacriocistitis con
ridacriocistitis, evitando la abertura del absceso por la piel y creando un
en desagüe al pus; 4°-En la tuberculosis del saco se trata al mismo tiempo
e la lesión nasal.

Los resultados estadísticos de POLIAK son los siguientes:

Estadística de Poliact

Número de casos	Estado durante la operación	Curados			Mejorados		Sin curar	
		a la 1ª intermisi ^{ón}	a la 2ª intermisi ^{ón}	Con total ^{mente} resueltos	a la 1ª intermisi ^{ón}	a la 2ª intermisi ^{ón}	Por exclusi ^{ón} de la abstrac ^{ión} con o sin quey	Por no proce ^{er} un total ^{mente} resueltos.
8	Con saco de tamaño normal	3	3	1			1	
21	" estirado del saco	17	1	0	3			
5	" estirado gigante del saco que tenía el tamaño de una avellana	5						
15	Cronica con rasos rebajados de paredes cicatriciales.	10	2		1	1		1 exclusi ^{ón} del canalículo
4	Cronica agudizada con fistula	4						
5	Cronica con fistula	4	1					
2	Tuberculosis del saco	1						1 extirpaci ^{ón}
7	Espifora	1	2	2	2			
3	Sanacion y espifora despues de la extirpaci ^{ón} del saco mejorado	2	1					
70		47 (67,1%)	10 (14,3%)	3 (4,3%)	6 (8,6%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	2 (2,9%)
		60 = 85,7%			7 = 10%		3 = 4,3%	

La destrucción del saco debe reservarse para aquellos casos en que es imposible hacer una disección metódica, como ocurre con los casos de dacriocistitis con sacos de paredes delgadas; cuando brotes repetidos de pericititis con o sin fístulas crean adherencias fibrosas entre el saco y la piel, que hacen imposible una extirpación total. En estos casos nos encontramos por regla general con periostitis crónicas del unguis y fungosidades de naturaleza tuberculosa que reclaman la intervención del termocauterio o del cloruro de zinc. La cauterización del saco produce escaras que tienen que eliminarse, tardando a veces varias semanas, dejando cicatrices; y además no se destruye siempre la totalidad de la mucosa, quedando restos saculares que son origen de reflejos, que mantienen continuamente la epífora y que pueden ser también origen de nuevas infecciones productoras de pericititis y abscesos.

El procedimiento radical por excelencia, es la extirpación del saco, pues es el procedimiento que mejor nos pone al abrigo de complicaciones y es

el único que nos permite obtener una curación per primam en 5 ó 6 días, con una cicatriz apenas visible.

La operación está indicada en los casos siguientes: 1°-Cuando hayan fracasado las inyecciones antisépticas; 2°-Cuando el conducto nasal no permita el paso de sondas, bien por que haya estrecheces fibrosas infranqueables, bien por que se trate de obstrucciones debidas a ~~mal~~malformaciones del esqueleto de la cara o a traumatismos que hayan producido la obliteración del conducto; 3°-Cuando sea de urgencia ~~de~~ la curación de la dacriocistitis, para evitar complicaciones, herida del globo ocular, ulceraciones corneales, necesidad de intervenciones asépticas, catarata, iridectomía, etc., pues continuando la supuración del saco nos exponemos casi con seguridad a infecciones oculares graves con pérdida de la visión; 4°-En las supuraciones crónicas del saco lagrimal en que haya extasia o mucocèle cuyo contenido es mucopurulento (empiema subagudo o crónico), mucoso (mucocèle quístico, hidropesía del saco la-

rimal) en que la piel está engrosada o al contrario adelgazada y friable (variz lagrimal), encontrándonos en presencia de un tumor quístico enucleable; 5°-En la tuberculosis del saco lagrimal, pues considerándola como una manifestación local de una afección general seguramente ~~seguramente~~ ha de beneficiarse esta última destruyendo el foco infeccioso in situ; 6°-En casos de caries o necrosis ósea, que pueden considerarse como fase final de la dacriocistitis o como causa de ella y que pueden ser tratados al mismo tiempo que la infección del saco; 7°-En las dacriocistitis complicadas de fístula, pues estas últimas pueden ser tratadas al mismo tiempo que la afección causal y obtener la cicatrización por primera intención después de una buena desinfección de la herida, como hemos podido observar en varios casos operados por nuestro maestro el Dr. CELADA en que la curación era completa a los seis días; 8°-Cuando el enfermo por cualquier causa no pueda someterse a un tratamiento de larga duración.

Los resultados próximos, cuando se opera en buenas condiciones no pueden ser más alentadores, pues, en 6 ó 7 días se obtiene la cicatrización de la herida por primera intención quedando una cicatriz apenas visible. Los resultados lejanos, por lo que los autores refieren y por lo que nosotros hemos podido observar, son también muy satisfactorios. La cicatriz como hemos dicho es casi imperceptible; el lagrimeo, que por lo general dura unos quince o veinte días va desapareciendo poco a poco, y solo el viento o el frío hace que el ojo operado lagrimee algo más que el otro. Los enfermos pueden entregarse a sus ocupaciones habituales, incluso al trabajo nocturno, sin verse molestados por la epífora, como antes de la operación. Por último exámenes bacteriológicos practicados en la conjuntiva de enfermos a quienes se había practicado la extirpación del saco lagrimal han demostrado a MATTICE una disminución bastante marcada del número y de la virulencia de los gérmenes en un 90 á 95 por 100 de los casos.

En algunos enfermos la epífora continúa produciéndoles algunas molestias, a pesar de haberse practicado una buena extirpación del saco lagrimal; en estos casos la epífora puede ser debida a irritación de la conjuntiva afecta de conjuntivitis crónica que produzca la hipersecreción lagrimal. Nuestra conducta será prescribir las instilaciones de algún colirio astringente, sulfato de zinc, y si los fenómenos siguen y las molestias no disminuyen practicar la extirpación ^{de la porción} palpebral de la glándula lagrimal.

En la mayor parte de los casos, como hemos dicho, al cabo de tres o cuatro semanas el lagrimeo ha desaparecido a pesar de haber suprimido la función de las vías lagrimales y de haber quitado el reservorio en donde las lágrimas podrían acumularse. Este fenómeno raro a primera vista puede tener explicación si nos detenemos un poco sobre él.

Las íntimas relaciones nerviosas que existen entre las glándulas lagrimal, la conjuntiva y la pituitaria son evidentes. Una partícula de polvo

irrita la conjuntiva y una abundante secreción lagrimal se produce. La pituitaria se irrita por la aproximación de un frasco con amoniaco, agua de bromo, etc., existe un simple coriza y el lagrimeo aparece. Pretendemos curar a un niño afecto de conjuntivitis flictenular acompañada de fotofobia y al intentar separar los párpados el niño estornuda dos o tres veces.

Estos hechos nos prueban de una manera irrefutable las relaciones nerviosas de que antes hacíamos mención, y estando la mucosa de las vías lagrimales en contacto con la conjuntiva por una parte, y con la pituitaria por otra, y siendo los mismos nervios los que se distribuyen por ellas, es natural pensar que la irritación de la mucosa de las vías lagrimales y por consiguiente del saco lagrimal produzca un reflejo que tenga por consecuencia la hipersecreción lagrimal y con ella la epifora.

A este respecto dice PANAS: "Lo que debe admitirse es la exageración de la secreción por los reflejos, teniendo por asiento la conjuntiva, la córnea y sobre todo el saco lagrimal más o menos inflamado. La epifora cesa al curar la dacriocistitis ya sea por el cateterismo, ya modificando o ex-

trayendo el "saco".

207

En efecto, si el saco lagrimal inflamado es origen de los reflejos que producen la hipersecreción, *causa* SUBLATA TOLLITUR EFFECTUS, extirpado el saco, se suprime este origen, y por consiguiente desaparece el lagrimeo.

Vienen en apoyo de esta teoría la opinión de DESMARRES, de que la glándula lagrimal segrega solo ~~accidentalmente~~, y las experiencias de DAVIEL que demuestran que las glándulas subconjuntivales son suficientes para mantener por su sola secreción la humedad ordinaria del ojo, constituyendo la glándula lagrimal una especie de aparato de reserva destinado a funcionar cuando la conjuntiva reclama sus auxilios y hace falta una gran cantidad de lágrimas para arrastrar el estorbo conjuntival (un cuerpo extraño, por ejemplo).

208

EXPERIENCIA PERSONAL

Durante los años 1915 y 1916 hemos tenido ocasión de observar como Alumno interno de los servicios de Oftalmología de la Beneficencia Provincial los casos que resumo a continuación:

Como puede verse en este resumen hemos observado bastante número de dacriocistitis que demuestra la frecuencia de esta afección, sobre todo en la clientela hospitalaria tan descuidada en lo que a prácticas higiénicas se refiere. Según la estadística de 50.000 enfermos de la vista publicada por el Dr. MANSILLA el año 1914, las afecciones de las vías lagrimales existen en la proporción de 5,8 por 100 con relación a la totalidad de las enfermedades del aparato de la visión. También hemos tenido ocasión de observar la mayor frecuencia de la dacriocistitis en el sexo femenino, que, según nuestra

estadística, es 4 veces mayor que en el masculino.

El tratamiento empleado se ajusta en su mayor parte al indicado anteriormente; instilaciones de sulfato de zinc y Protargol en casos de lagrimeo, sin apenas secreción a la presión sobre el saco; sondajes y lavados antisépticos, cuando solo existía una ligera secreción catarral, usando las sondas de BOWMAN de medianq calibre, números 3 y 4, y extricturotomía a lo STILLING seguida de cateterismo con los números 5 y 6 en casos de secreción mucopurulenta o si las sondas finas pasaban con dificultad. Ultimamente hemos tenido ocasión de ensayar la dilatación electrolítica con los catéteres de LAGRANGE que nos ha permitido obtener buenos resultados.

La supresión del saco lagrimal, bien por cauterización bien practicando la extirpación, se ha efectuado: en casos de dacriocetasia, tuberculosis lagrimal, cuando no han dado resultado los procedimientos anteriores; en casos de urgencia (preparación para extracción de cataratas, queratitis de hipopion, etc.)

Experiencia personal.

209.

Dacriocistitos	Año 1915			Año 1916			Operaciones practicadas	1915	1916	T
	V	H	T	V	H	T				
D. crónica sacroanal (contenido seroso)	25	50	75	14	73	87	Destrucción del saco con el termocauterio	25	5	30
D. crónica (contenido mucoso)	5	51	56	5	30	35	Con el nitrato ácido de mercurio	1		1
Dacriocistitis	3	13	16	2	6	8	Excursión del saco	8	16	24
Fulcración del saco lacrima	5	14	22				Transectión del canaliculo inferior	10	4	14
Casos complicados de fistula	5	13	18	3	11	14	Omnición de Stelling	21	7	28
D. aguda necrótica	5	19	23	7	17	24	Incción de abejas fenicis- licas (Dacriocistitis aguda)	10	8	18
							Crutengación con el cloruro de zinc (Jocq.)		10	10
Total de enfermedades	47	163	210	31	137	168	Total de operaciones.	75	50	125

En las dacriocistitis agudas se han empleado las fomentaciones calientes, practicando en caso necesario la incisión del absceso y usando ultimamente la cauterización por el cloruro de zinc según la técnica de JOGQS.

De resección del saco lagrimal (dacriocistorinostomía) a lo POLIAK, hemos tenido ocasión de observar varios casos, gracias a la deferencia del Dr. RODRÍGUEZ DE MATA, siendo los resultados próximos, únicos apreciables, pues los casos están operados en fecha aún reciente, muy satisfactorios en todos los enfermos.

Por no hacer interminables esta memoria, no transcribo ~~las~~ historias clínicas que he podido recoger de casi todos estos casos, teniendo en cuenta que poco nuevo habían de ofrecer en asunto tan manoseado como la dacriocistitis y que por otra parte no harían más que corroborar las consideraciones antes expuestas,

Doy fin por consiguiente a este trabajo del que podemos sacar las siguientes CONCLUSIONES:

1ª-Dadas las graves complicaciones a que puede dar lugar la infección del saco lagrimal, la dacriocistitis debe ser tratada tan pronto como se diagnostique no abandonando a los enfermos hasta su total curación.

2ª-Todos los recursos terapéuticos de que disponemos tienen un valor indudable, a condición de ser aplicados conforme a las particularidades del caso.

3ª-Teniendo la dacriocistitis por regla general un origen rinógeno debe seguir al exámen del ojo una exploración rinológica detenida, con el fin de descubrir una posible afección nasal causa de la ~~infección~~ infección sacular, cuyo tratamiento podría aliviar o curar la dacriocistitis.

4ª-Jugando la impermeabilidad del conducto nasal un papel tan importante en la patogenia de las dacriocistitis se hará una exploración con la jeringa de ANEL con objeto de informarnos del estado de las vías lagrimales y especialmente del de dicho conducto.

5ª-Solo en casos en que sea permeable el conducto nasal podremos esperar la curación con las autovacunas o el empleo de los antisépticos..

6ª-En casos de impermeabilidad del conducto nasal haremos su exploración con sondas y ensayaremos el cateterismo y la dilatación si las condiciones de impermeabilidad y tiempo nos lo permiten.

7ª-Siempre que hagamos la dilatación gradual o electrolítica del conducto nasal, indicaremos al enfermo nuestra duda acerca de su total curación y le aconsejaremos la repetición del cateterismo pasados unos meses, para evitar la formación y desarrollo de nuevas estrecheces.

8ª-Cuando el conducto nasal no permite el paso de ninguna sonda el tratamiento radical se impone, debiendo hacerse la elección entre la extirpación del saco y la dacriocistorinostomía.

9ª-La dacriocistorinostomía intranasal la preferiremos a la operación de TORI por no dejar cicatrices y por ser más sencilla una segunda intervención por esta vía, en casos de reproducción.

10ª-Cuando no se disponga de instrumental rinológico y se trate de ~~XXXX~~ sacos muy aumentados de volumen, y los canaliculos lagrimales estén íntegros, podremos practicar la dacriocistorinostomía por vía cutánea u opera-

ión de TOTI.

11^a-La extirpación aunque más radical es menos cruenta que la dacriocistorinostomía y debe preferirse siempre que se trate de sacos pequeños, pues en estas condiciones la dacriocistorinostomía es sumamente difícil.

12^a-Preferiremos la extirpación, en caso de tuberculosis del saco, en los casos complicados de fístulas, cuando los canalículos hayan sido incindidos anteriormente y cuando haya lesiones nasales propagadas al conducto laringo-nasal.

13^a-La extirpación del saco será la operación de elección cuando hayan fracasado los tratamientos anteriores, cuando se quiera asegurar la asepsia de la conjuntiva para practicar operaciones asépticas en el globo del ojo, cuando se teman complicaciones oculares graves, y por último en aquellos casos en que el enfermo, por cualquier causa, no puede someterse a largos tratamientos. No hay que decir que siendo la dacriocistitis patrimonio del proletariado será esta indicación muy de tener en cuenta en la mayor parte de los

215

enfermos que acuden a las consultas públicas y forman la clientela hospitalaria.

14^a-La destrucción del saco se reservará para aquellos casos en que temiendo que suprimir el saco lagrimal, no podamos por cualquier motivo practicar su extirpación metódica.

15^a-La extirpación de la glándula lagrimal se practica en casos de epífora persistente después de intervenciones radicales en las vías lagrimales.

16^a-Las discusiones que se suscitan entre los autores cesarán el día en que se apliquen estos procedimientos con un poco más de experiencia y un poco menos de parcialidad.

J. B. Alvarez Gomez

B I B L I O G R A F I A
--*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*

CH. ABADIE.- Tuberculosis ocular y su tratamiento. Arch. d'Ophtal Julio 1912.

C. ABDARIO.- Contributo alla chirujia delle vie lagrimali. Anali di Ottalmologia 1907.

ANTONELLI.- Patología naso-lagrimal en la sífilis hereditaria. Comunicación al XVI Congreso internacional de Medicina de Budapest-Stbre. 1909.

ARMAIGNAC.- Un medio sencillo para facilitar el cateterismo de las vías lagrimales en casos de estrechez muy pronunciada.

ARNOZAN.- Précis de Therapeutique 3ª edit.

AUBARET,- De la insuficiencia valvular del conducto lacrimo-nasal Archives d'Ophtalmologie-Junio-1908.

217

- AUBARET.-Empleo de la radiografía en la semiología de las vías lagrimales. Sociedad francesa de Oftalmología-1911.
- AUBARET-BONAFON.-Las relaciones del conducto lacrimo-nasal con el meato medio y con el infundibulum.Arch. d'Ophtal. Julio 1910.
- AXENFELD.-La extirpación de la glándula palpebral.Klinische Monatsblaetter für Augen-heil-Kunde.Marzo 1911.
- AXENFELD.-Lehrbuch der Augenheil-Kunde.Jena 1912.
- BEGOUIN.- Tratado de Patología Quirúrgica.
- BELLOUARD.-Tratamiento de las afecciones de las vías lagrimales por el cateterismo permanente.Buenos Aires 1911.
- BLAAUW.- Datos antiguos y modernos sobre el aparato lagrimal.Ophthalmology Julio 1910.
- J. BLANCO.-Precistitis lagrimal.Arch d'Ophtal Hisp.Amer.Marzo 1909.
- BORCH.- Técnica de la extirpación del saco lagrimal.Comunicación al Congreso de Paris de Mayo de 1908.

R. BOTEY.-Tratado de otorino-laringología 2ª Edición.

BRADBURNE.-Lagrimo.Ophthalmology.Abril 1913.

ERIBAK.-Hechos clínicos y microscópicos concernientes a la frecuencia, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis del saco lagrimal. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde Diciembre 1911.

CALDERARO.-Sobre la bacteriología de la conjuntiva antes y después de la extirpación del saco lagrimal. La Clínica oculística. Agosto 1909.

A. CANTONET.-Soluciones cloruradas isotónicas para lavados y baños oculares. Arch. d'Ophtal. Mayo 1908.

A. CANTONET.-Fórmulas de colirios isotónicos. Arch. d'Ophtal. Octubre 1908.

E. A. CARRASCO.-Extirpación radical del saco lagrimal(a propósito de 110 intervenciones personales) 1º Congreso nacional de

Medicina. Buenos Aires 1916.

- A. CASALI.-Il metodo ^hGuaita nella cura della dacriocistite cronica. Anali di Ottalmologia 1907.
- A. CASALI.-La bacteriologia delle dacriocistiti. Anali di Ottal 1909.
- CASSIMATIS.-Doble dacriocistitis congénita purulenta y algunas consideraciones acerca de su etiología. La Clinique Ophtalmologique Agosto 1911.
- CASTRESANA.-Tratamiento quirúrgico de las afecciones de las vías lagrimales. Comunicación al XIV Congreso internacional de Medicina-1902.
- CASTRESANA.-La rija como causa de muerte. Arch. de Oftal Hisp-Amer. Febrero 1911.
- CIRINCIONE.-El desarrollo de la glándula lagrimal en el hombre. Archives of Ophthalmology 1908.
- CIRINCIONE.-Sobre la dacriocistorinostomía (según TOTI). La clínica oculística Junio-1913.

- CLARK.-Algunas experiencias sobre la resección del saco lagrimal. Jour
Ophthal and Otolaring. Marzo-1915.
- CHABANNEIX.-De l'electrolyse dans le traitement des affections des voies
lagrymales. Th. Bordeaux 1894.
- Ch. CHAUVIN.-La fibrolisina en terapéutica ocular y especialmente en las
estrecheces del canal lagrimal. La Clinique Ophtalmologique. Octu-
bre 1909.
- L.CHEVRIER y A. CANTONET.-La analgesia regional en la cirugía de los
párpados y del aparato lagrimal. Arch. d'Ophtal. Diciembre 1909.
- A. DANER.-Larmoiement et dacryocistite. La Clinique Ophtalmologique. Marzo
1910.
- DESMARRES.-Traité des maladies des yeux 2ª edición. Paris, 1888.
- J. DOCHE.-De la helioterapia en las tuberculosis quirúrgicas. Le Monde
Medical 25 de Abril, 1914.
- M. DOCT.-Nuestra experiencia personal sobre más de trescientos casos

de dacriocistitis tratados por la extirpación del saco lagrimal. Barcelona
1916.

ELSCHING.-Blemorrea de los canaliculos lagrimales. Klinische Monatsblac-
tter für Augen-heilkunde. Marzo, 1909.

FAGE.- La tuberculosis del saco lagrimal. Arch. d'Ophthal. Junio, 1910.

FAGE.- Dacriocistitis del recién nacido. Arch d'Ophtal. Octubre 1911.

A. FORTUNATI.-L'acido picrico nelli ustione chimiche dell occhio con
special riguardo y quelle da calce-Anali de Ottalmologia, 1907.

FOUCHON-LA PEYGRADE.-La hipersecreción lagrimal. Tesis de Bordeus 1912.

FRIEDEBERG.-Un instrumento destinado al drenaje permanente de las vías
lagrimales. Arch d'Ophthalmology, 1910.

FROMAGET.- El emplomado yodofórmico como apósito en las dacriocistitis
tuberculosas operadas. L'Ophtalmologie Provinciale Marzo, 1911.

C. FRUGINELLI.-Glaucoma acuto e dacriocistiti. Giornale Internazionale
delle Scienze Mediche. Febrero 1907.

- A. FUMAGALLI.-Ancora sulla extirpazione del sacco lagrimale con raschiamento del canale nasale nella cura della dacriocistite cronica. Anali di ottalmologia 1909.
- GALEZOWSKI.-Traité des maladies des yeux 1875.
- GARCIA DEL MAZO.-Resultados de la extirpación del sacco lagrimal en el tratamiento de la dacriocistitis crónica(vulgo rijas).Revistas de Medicina y cirugía Practicas 1916.
- GARCIA MANSILLA.-Tratado de Oftalmología 1905.
- GARCIA MANSILLA.-Estadística de 50.000 enfermos de la vista asistidos y de 6.620 operaciones practicadas en los servicios odtalmológicos del Hospital General y Hospicio durante 20 años. Madrid,1914.
- GELLE.- Influencia de las lesiones nasales en la patogenia del lagrimeo.
- GERARD.-Los obstáculos naturales capaces de complicar el catete-

- rismo de las vías lagrimales. *Anales de Oculistique*. Marzo, 1907.
- GIFFORD.-Método de destrucción del saco lagrimal en la dacriocistitis crónica. *Ophthalm Record*. Enero, 1915.
- F. GIRAUD.-L'Oeil diarthésique. Paris, 1906.
- GOLDSETH.-Tratamiento de la dacriocistitis. *Ophthalmology*. Enero, 1911.
- GOMEZ OCAÑA.-Fisiología humana teórica y experimental. Madrid, 1909.
- J. GONZALEZ.-Modificaciones histológicas del saco lagrimal por su infección. *Arch. de Oftalmología Hispano Americanos*. Abril, 1910.
- GRANDCLEMENT.-Importancia del masaje del saco lagrimal para la curación de las enfermedades de las vías lagrimales. *Sociedad Francesa de Oftalmología XXXI Congreso anual*. Mayo, 1914.
- HAAB.-Atlas manual de enfermedades externas del ojo. 1908.
- HAAB.-Atlas manual de operaciones oftalmológicas. 1909.

trastorno de las vías lagrimales. *Annales de Oculistique*. Marsa, 1907.

(C. HESS.-Enfermedades de los ojos en el Tratado de Medicina Clínica y Terapéutica publicado bajo la dirección de Ebstein Tomo 5^o-2^a edición.

A. HINOJAR.-Tratamiento de la dacriocistitis por la dacriocistorinostomía. *Annales de la Academia Medico Quirurgica Española*. Madrid, 1914.

P. IVANISSEVICH.-Algunas consideraciones sobre las enfermedades de las vías lagrimales, su etiología y su tratamiento. Buenos Aires, 1909.

JARECKI.-Tratamiento de la estrechez lagrimal por la electrolisis. *Academia americana de Ophtalmología y Oto-lagrimología*. Octubre 1909.

JOCQS.- Tratamiento de los desórdenes excretorios de las vías lagrimales (lagrimeo, tumor lagrimal, fistula, ectropion) *La Clinique Ophtalmologique*. Enero, 1911.

JOCQS.-Sobre el tumor lagrimal. *La Clinique Ophtalmologique*. Junio, 1916.

- A. KLEIJN.-Investigaciones anatómo-patológicas sobre las relaciones de las afecciones de los ojos y de la nariz. Arch of Ophthalmology, 1913.
- KOSTER.-El drenaje permanente de las vías lagrimales. Arch f. Ophthal. 1907.
- KOSTER.-Nuevas observaciones sobre el drenaje permanente de las vías lagrimales y sobre la creación de una comunicación permanente entre el saco lagrimal y la nariz por encima del corneote inferior. Arch f. Ophthal, 1909.
- KUFFLER.-Estudio clínico y bacteriológico de las afecciones de la conjuntiva del saco lagrimal y de algunos casos de panoftalmia. Zeitsch für Angentheil-Kunde, 1910.
- LAGRANGE.-Precis d'Ophtalmologie. Paris, 1908.
- LAGRANGE ET VALUDE.-Encyclopedie française d'Ophtalmologie. Tomos 1^o-2^o y 8^o.

- LAGRANGE-AUBARET.-Contribución histórica y clínica al tratamiento de las dacriocistitis por la creación de una nueva vía en el ungüis. Annales d'Oculistique. Septembre, 1907.
- LANDAZABAL.-Del hermofenil y del flourol en el tratamiento conservador de las vías lagrimales. Arch. de Oftal Hisp-Amer. Octubre, 1912.
- F. DE LA PERSONNE y ROCHON DUVIGNEAUD.-Traitement chirurgical des affections des voies lagrymales. Congreso internacional de Medicina, Madrid, 1903.
- LEOZ Y ORTIN.-Valor del ácido pítrico en terapéutica ocular. Arch de Oftal His-Amer. Julio, 1912.
- LIEBERMANN.-La inyección del saco y del canal lagrimal con un fin diagnóstico. Klinische Monatsblactter für Angenheil Kunde. Setiembre 1910.
- M.V. LYNT.-Tratamiento preoperativo con la pasta de bismuto de una dacriocistitis tuberculosa. La Clinique Ophtalmologique, Marzo 1912.

A. LOBEL.-Técnica de la extirpación del saco lagrimal.Descripción de un nuevo instrumento.Arch. d'Ophtalmologie.Marzo,1913.

A. LOEWENSTEIN.-Hipomicetos en el canal lagrimal.Klinische Monatsblatter für Angenheil-kunde.Febrero,1909.

LOWENSTEIN.-Dacriocistorinostomia según el procedimiento de TOBI.Wiss Ges Deutsch Aerzte in Boehmen.Junio,1914.

LUCIANI.-Tratado didactico de Fisiología humana.Madrid,1912.

MARQUEZ Y GARCIA MARTINEZ.-Lecciones de Oftalmología Clínica 2ª edición. Madrid,1914.

ALB-MATTICI.-De la presencia de neumococos en la conjuntiva después de la extirpación del saco lagrimal. Klinische Manatsblacter für Angenheil-Kunde.Julio,1912.

H. MAY.-Manual de las enfermedades de los ojos.1914.

O. MAYER.-Abertura nasal del saco lagrimal.Zeitsch.f.Angenheil-Kunde B.XXXI pag.544.

- IMMERKEL.-Topograph Anat.
- MORAX.-Precis d'Ophtalmologie,1913.
- E. MORETTI.-Le pomade oftalmiche agli oxidi di mercurio. Annali di Ottalmologia,1909.
- F. MOTOLESE.-El ácido picrico en la terapéutica ocular. Annali di Ottalmologia,1910.
- A. NIJATON.-Elementos de Patología Quirúrgica. Madrid,1877.
- A. ONODI.- Die Beziehung der ^{der} Sinusorgane zur Nasenhöhlen und zu ihren Nebenhöhlen. Berlin,1913.
- C. ORLANDINI.-Estudü istologici sulle delle vie lacrimalis. Annali di ~~Ott~~ Ottalmologia 1907.
- OSTWALD.-Tratamiento de la obstrucción de las vías lagrimales y sus consecuencias, por el drenaje con ayuda de hilos. Arch d'Ophtalmologie. Abril,1911.
- PANAS.- Traite des maladies des yeux. 1894.
- PEREZ BUFILL.-El hermafenil en terapéutica ocular. Arch de Oftal. Hisp-

Amer. Marzo, 1909.

- L. PICCILLO.-La dacriocistitis tracomatosa y la blenorrea del saco lagrimal. Annali di Ottalmologia. 1912.
- M. PIERRON.-De l'electrolyse des voies lagrymales Th. de Bordeaux, 1907.
- R. PIGNATARI.-Le combinazione organiche di argento-protargolo-argiolo sofolowterapia oculare. Annali di Ottalmologia. 1909.
- L. POLIAK.-Uber du Behandlung und directe Operation der Tränensackerkrankungen von der Nase ans (Intranasale Dakryocystostomie) Actes du XII Conges d'Ophtalmologie St. Petesburgo, 1914.
- RHESE.- Relación entre las afecciones de la nariz del etmoides y de las vías lagrimales y y de su tratamiento. Deutsche Med Wochensh. 1912.
- A. ROBIN.- El clima marino em el tratamiento de la tuberculosis. Le Monde Medicale. 25 Febrero, 1911.
- A. ROBIN.- Tratado de terapéutica aplicada, 2ª edición. Tomo 5º.

- ROLLET.-Extirpación del saco lagrimal con legro. *Revue de Therapeutique Medico-Quirurgicale*. 1908.
- ROLLET.-Del ingerto vascular para restaurar el saco lagrimal extirpado. *Revue general d'Ophtalmologie*. Noviembre, 1910.
- R. SALUS.-La dacriocistorinostomía según TOTI. *Klinische Monatsblactter für Angenheil-Kunde*. Marzo, 1909.
- R. SALUS.-Experiencia sobre la dacriocistorinostomía según TOTI. *Klinische Monatsblactter für Angenheil-Kunde*. Julio, 1911.
- J. SANTOS FERNANDEZ.-Abuso del cateterismo del canal nasal. *Arch. de Oftal. Hisp-Amer*. Diciembre, 1911.
- R. SAURI.-Un caso de extirpación del saco lagrimal. *Anales de Oftalmologia de Mexico*. Abril, 1907.
- J. SANTOS FERNANDEZ.-La Periscistitis lagrimal. *Arch de Oftal. Hisp-Amer*. Mayo, 1916.
- SCHIRMER.-Sobre la inervación de la glándula lagrimal. *Sociedad alemana de Oftalmologia Heildelberg*. Agosto, 1908.

SCIMEMI.-Procedimiento para hacer fácil y segura la extirpación del saco lagrimal. La Clínica Oculística, Marzo, 1908.

SEIDEL.-Técnica de la anestesia local en la extirpación del saco lagrimal. Arch. f. Ophthalmology, 1914.

V. SZILY.-La patología del saco lagrimal y del conducto nasal a la luz de los rayos Roentgen. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. Junio, 1914.

ENVIN TALM.-La aplicación de la diatermia al ojo. Klinische Monatsblätter für ~~KUNNA~~ Augenheilkunde. Abril, 1912.

TARTUFERI.-Dacryocystites catharrales et purulentes chroniques. Arch. d'Ophtal, 1902.

TESTUT Y JACOB.-Tratado de Anatomía Topográfica.

TILLAUX.-Tratado de Anatomía Topográfica aplicada a la Cirugía.

C DEL TORO.-Tratado de las enfermedades de los ojos. Cádiz, 1872.

TOROK.-Operación de TOTI en la dacriocistitis crónica. Arch. of Ophthal-

mology. Enero, 1907.

- J. VIDAL FRAXANET.-Casos clínicos de enfermedades de los ojos resultantes de condiciones patológicas de la nariz. Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña. Junio, 1915.
- VALOIS Y LEMOINE.-Resultados prácticos en terapéutica lagrimal. Annales d'Oculistique. Julio, 1912.
- J. W. WANGLES.-Modificación del cuchillete de AGNEW para las extirpaciones de las vías lagrimales. The Ophthalmic Record. Septiembre, 1910.
- L. WECKER.-Terapéutica ocular, Madrid, 1881.
- DE WECKER.-Maladies des yeux. 1889.
- J. WIEDEN.-De la extirpación del saco y del conducto ~~lagrimal~~ lagrimo-nasal. Arch de Ophal. Hisp-Amer. Setiembre, 1908.
- J. WIEDEN.-De la urgencia de la extirpación del saco lagrimal. Arch. de Oftal. Hisp-Amer. Junio, 1911.

R. WIRTZ.-Contribución a la casuística clínica y anatomo-patológica de la tuberculosis primaria del saco lagrimal. Klinische Monatsblatter Für Angenheil-Kunde. Junio, 1907.

CASEY A. ~~WILSON~~ WOOD.-Sobre algunos síntomas oculares comunes o que tienen su origen en afecciones de la nariz y cavidades accesorias. Ophthalmology. Enero, 1907.

F I N
--*-*-*

Señor
Sequinos Puy

~~Obtuvo el ejercicio del grado
de doctor el día de Mayo
de 1418 y fue calificado de~~

~~Amable~~

el penitente

el reu^o -