

Tesis del Doctorado en Medicina.

Tratamiento

de la

Fístula Lagrimal

por

Luis Saracibar y Martínez de Osabea



Madrid de 1.900



Ilmo Señor:

El plan de estudios nos
exige para poder aspirar
a la honrosa investidura
de Doctor, el tratar
de un asunto científico
cualquiera que este sea
de nuestra carrera y
saca mi afición a la
Oftalmología, me induce

hacer mi memoria acerca de esta especialidad y no poseyendo aun la suficiente experiencia para tratar de observaciones y experimentos propios, tengo que narrar los de sabios distinguidos que á esta clase de estudios se han dedicado y vienen dedicándose y que gracias á sus incansables y concienzudos trabajos, han conseguido grandísimos adelantos en la especialidad

Oftalmológica.

Si negar que los progresos generales de la Medicina se ven reflejados en la Oftalmología, preciso es convenir que realmente cuenta en el día con poderosos elementos auxiliares: si complicado es el estudio del ojo, numerosos medios facilitan su investigación y á los descubrimientos de Helmholtz, Donders, Graf y otros debe la Oftal-

mología la resolución clara,
precisa y exacta de mu-
chos problemas, ora pertener-
can a trastornos de refrac-
ción, ora a alteraciones ner-
vianas ó defecto de la visión
desconocidas completamente
en la primera mitad
de nuestro siglo.

Intimas son las relaciones
de la Oftalmología con la
Medicina general y en
muchas ocasiones, sirve su
estudio para facilitar el

Diagnóstico y tratamiento de muchas afecciones generales y se base, indispensable, el estudio de la especialidad. Comprendemos que hay puntos de la Oftalmología que deben considerarse especiales, pero necesario es el conocimiento de muchos capítulos para un buen diagnóstico y tratamiento.

El aparato de la visión, está compuesto de una parte esencial, el globo ocular,

y de partes accesorias, estas son las siguientes, aponeurosis órbito-ocular, el tejido célula-aceitoso de la órbita, los músculos de la órbita, la conjuntiva, los párpados, las cejas, el aparato lagrimal, de una de las afecciones de este último es de la que me voy á ocupar, por su frecuencia y por su tratamiento, merece hacer un estudio detenido de ella y es la Fístula Lagri-

mal.

Haré primero una breve
reseña Anatómo-fisiológica
del aparato lagrimal, y
a continuación entraré
ya de lleno en la descrip-
ción de la Fístula lagri-
mal, deteniéndome algo más
en lo que se refiere a su
tratamiento, por ser este
el punto que he elegido
para este modesto trata-

do.

Breve Reseña Anatómo-Fisiológica
del
Aparato Lagrimal

Las lágrimas segregadas por la glándula lagrimal, caen en el saco conjuntival, corren por delante del ojo de fuera á dentro hasta el ángulo interno, arrastrando cuanto en su

camino encuentran; se acumulan un instante, en la laguna lagrimal, penetran por los puntos lagrimales, atraviesan los canaliculos del mismo nombre, llegando al saco lagrimal; desde el cual se introducen en el conducto nasal, para vaciarse, en definitiva, en el canal inferior de las fosas nasales, donde se mezclan con el moco.

Comprende pues el

aparato lagrimal.

1.º La glándula lagrimal.

2.º La laguna lagrimal.

3.º Los puntos lagrimales.

4.º Los canaliculos lagrimales.

5.º El saco lagrimal.

6.º El conducto nasal.

Glándula lagrimal.

Se compone de dos porciones; una porción orbitaria ó glándula lagrimal principal, situada en la fosita lagrimal de la

Cóveca orbitaria, y una porción palpebral ó glándula lagrimal, accesoria situada en el espesor de los párpados.

Porción orbitaria. - Del volumen de una almendra, convexa por su cara superior, cóncava por su cara inferior.

Alojada en un sitio formado por un seno ó lamineto de la aponeurosis órbito-ocular. Recubierta por la aponeurosis palpebral, el

músculo orbicular y la piel.

Sus conductos excretorios en número de tres á cinco, se abren en el ángulo supero externo de la órbita.

Porción palpebral. - Situada entre la aponeurosis palpebral, y la conjuntiva. Su volumen es variable. Sus conductos excretorios en número de dos ó tres, se unen á los de la glándula principal.

La glándula lagrimal es una aglomeración de glándulas en racimo; su estructura histológica y la composición la aproximan a las glándulas mucosas y salivares.

Se compone esta glándula de una envoltura fibrosa, que emite tabiques celulares para reparar el tejido propio; este consiste en acinis prolonga-

dos y cubiertos interiormente, de epitelio prismático y nuclear, cuyos acinis se agrupan formando lóbulos, los que á su vez forman lóbulos; de estos nacen los conductos excretores.

La secreción lagrimal se continúa y excepto ciertas circunstancias especiales muy poco abundante.

Se hace por filtración, sin desamación epitelial, y no es acompañada de

mucina. La mucina indicada en los análisis, proviene probablemente de las glándulas de Meibomio.

Laguna lagrimal.

Se llama laguna lagrimal, al espacio triangular circunscrito por el ángulo interno de los párpados, por la porción de proyección de pestañas de cada borde palpebral. En el área de este triángulo, tapizado por la conjuntiva

va, se vé una ligera promi-
nencia que constituye la
carúncula lagrimal, forma-
da por la reunion de algu-
nas glándulas sebáceas.

Destinada á depositar
las lagrimas para que
sean recogidas por los
puntos lagrimales.

Puntos lagrimales.

Se dá este nombre á dos
orificios muy pequeños,
situados en el vértice
de los tubérculos lagri-

males (eminencias de forma cónica que se hallan situadas en la parte mas interna del borde libre de cada párpado). Dirigidos hacia atrás. El superior está colocado mas dentro que el inferior, este es mas facil de descubrir y sondar.

Están constantemente sumergidos en la laguna lagrimal. Son circulares y formados por un anillo fibro-cartilaginoso. Su diámetro

es poco más ó menos de un cuarto de milímetro; el inferior es un poco más ancho que el superior.

Conductos lagrimales.

Son dos conductitos extendidos desde los puntos lagrimales al saco lagrimal.

Comienzan por una pequeña dilatación ampular, después se hacen cilíndricos hasta la terminación.

Se dirigen primero de delante atrás y después de fuera

al centro. Representan los arcos convergentes que se miran por su concavidad. Ambos conductos se reúnen constantemente en un conducto común, antes de abrirse en el saco lagrimal; algunas veces cada conducto termina aisladamente en el saco, abriéndose en él por los orificios distintos.

Están más aproximados a la conjuntiva que a la piel. Su largura es de seis a siete milímetros.

Son rodeados por el músculo de Horner, donde se inserta. Están revestidos de un epitelio pavimentoso.

Saco lagrimal. - De las diversas partes de que consta el aparato lagrimal, es sin duda la más importante el saco, á causa de las afecciones que con frecuencia se desarrollan en él; tumor y fístula lagrimal.

El saco lagrimal ocupa una

excavación ósea, situada en la pared interna de la órbita ósea el canal lagrimal, canal que por delante y por detrás está limitado por dos crestas, la cresta lagrimal anterior, dependiente del maxilar superior y la cresta lagrimal posterior, dependiente del hueso unguis. Este canal es lo suficiente profundo para alojar la mitad aproximadamente del saco, la mitad postero-

interna, de manera que esta no es accesible al exterior y la otra mitad antero-externa si lo es.

La forma del saco lagrimal es la de una pera invertida, con estrangulación ó cuello en union con el canal nasal. Alguna vez representa un cilindro sobrepuesto de un casquete esférico, en este caso carece de cuello. Tambien recuerda su forma la del

ciego terminando superiormente en fondo de saco y recibiendo en ángulo recto al tronco común de los dos conductos lagrimales, del mismo modo que el ciego recibe al intestino delgado.

El saco lagrimal tiene una dirección oblicua hacia abajo y hacia adelante; no es enteramente rectilíneo sino que describe una ligera curva de concavidad posterior. La longitud varia de

base, á catorce milímetros,
su diámetro es tres á cinco
y excepcionalmente siete
milímetros.

Relaciones.- Por delante
está cruzado cerca de su
fondo, por el ligamento
palpebral interno (tension
directo) y dá inserción á
las fibras del músculo
lagrimal anterior: este
ligamento divide el saco
en dos porciones desiguales,
la superior viene á ser el

tercio de la altura total;
excepcionalmente lo divide
en dos porciones, poco más
o menos iguales.

El saco está recubierto
por el músculo orbicular,
tejido adiposo, la carúncu-
la lagrimal y la piel
del ángulo interno del ojo.

Hacia afuera y hacia
atrás, está cruzado por
el tendón reflejo del
músculo orbicular y por
el músculo lagrimal poste.

rior ó músculo de Horner.

Hacia dentro se apoya
contra el fondo del canal
lagrimal, que corresponde
al meato medio de las
fosas nasales.

La estructura del saco
es la siguiente:

Al exterior, una membra-
na fibrosa.

Al interior, una mucosa
de un blanco rosado,
revestida de epitelio
vibrátil, sobre la cual

el Doctor Bérand ha
llamado especialmente
la atención de los cirujanos.

Según este autor, esta
mucosa forma dos válvu-

las: una superior, situada
en la desembocadura de
los conductos lagrimales,

válvula superior, ó véntu-

la de Huschke, que puede
ser semilunar, con el borde

libre mirando hacia arriba,
ó bien circular represen-

tando una especie de diafragma

ma con un orificio en su centro; parece destinada á oponerse al refluyo de las lágrimas, desde el seno á los conductos lagrimales.

Otra válvula inferior ó válvula de Bérard, llamada así por ser el primero que la describió, sitúase según dice este autor en la parte inferior del seno lagrimal, en su union con el conducto nasal, se desprende de la pared exter-

na de la cavidad del seno
y se dirige oblicuamente
hacia arriba: su dirección
como su altura puede variar
asi como tambien su origen
y su forma.

La mucosa del seno lagri-
mal contiene en su espesor
gran cantidad de glándu-
las, que segun el doctor Béraud
las hay de dos clases, foli-
cos mucosos y glándulas
análogas a las de Meibomio.
Esta mucosa se continua,

directamente con la conjun-
tiva por los puntos lagri-
males, y con la pituitaria
por el conducto nasal.
de aquí lo fácil que es
la propagacion de una
conjuntivitis ó de un
coriza ó la mucosa
del saco y produzca
una inflamacion aguda
ó sacrocistitis aguda.

Conducto nasal.

Conducto ósteo-mucoso
situado en la pared

externa de las fosas nasales, extendiéndose desde la extremidad inferior del saco lagrimal, hasta la parte anterior del canal inferior de las fosas nasales y destinado á conducir las lágrimas desde el saco lagrimal, de donde las recibe, hasta las fosas nasales, en donde se mezclan con el moco segregado por la pituitaria.

Los huesos que le constituyen son, ademas de la espófisis ascendente del maxilar superior; hacia atras el unguis y el cornete inferior.

La longitud del conducto nasal es un poco mayor que la del saco, sobre sí quince milímetros.

Su calibre siempre un poco inferior al del saco; segun el doctor Béraud,

El diámetro transversal mide dos milímetros y el antero-posterior tres.

El conducto nasal es oblicuo se dirige abajo de delante atrás y también de dentro á fuera, lo mismo que la pared externa de las fosas nasales. No es rectilíneo, sino que describe una ligera curva de concavidad posterior. Su forma es la de un

cilindro aplastado trans-
versalmente.

El orificio inferior del
conducto nasal está
situado en el mesito
inferior, unas veces en
el ángulo formado por
la unión de la concha
inferior con la pared
externa de las fosas
nasales, y otras un poco
más abajo en la misma
pared externa. Su for-
ma varía; unas veces

es rebondeado, otros semi-
lunar y la más frecuen-
te en forma de una
hendidura lineal y
vertical semejante á un
ojo; es siempre difícil
encontrar este orificio,
aunque por esta razón
lo es también el practi-
car el cateterismo inferior
(procedimiento de Laforest).

La mucosa que cubre
las paredes del conducto
nasal se continúa con

la del saco lagrimal
y con la pituitaria.

Esta membrana se compo-
ne de epitelio vibrátil
hacia arriba y pavimen-
to hacia abajo, contie-
ne en su espesor, gran
número de glándulas
análogas, á las que contie-
ne la mucosa del saco.

Presenta algunos replie-
gues que son considera-
dos como válvulas que
á veces por un excesivo

desarrollo pueden obstruir
el conducto: los más frecuen-
tes son uno transversal
hacia la parte media, válvu-
la de Cruveilhier, que se
cierra de abajo arriba y se
opone a la penetración de
un gas ó de un líquido envia-
do de abajo arriba, en tanto
que inversamente los flui-
dos inyectados por el seno
no encuentran ningun obstácu-
lo.

Como en el curso de las lágrimas, que á continuación voy á describir, interviene la acción del músculo palpebral ú. orbicular de los párpados, creo oportuno un ligero recuerdo de este músculo.

Músculo palpebral ú. Orbicular de los párpados: Está colocado alrededor de la base de la cavidad orbitaria y en el exterior de los párpados.

Se entiende desde la apófisis ascendente del maxilar superior hasta el pómulo; y de arriba abajo, desde la parte inferior de la frente hasta el nivel de la fosa canina.

Inserciones.- En la parte interna, ofrece un tendón llamado por algunos anatómicos ligamento palpebral interno, el cual se inserta por su porción directa, (tendón directo del orbicular), en la cara externa de la apófisis ascendente del maxilar cerca del labio anterior.

del canal lagrimal, fijándose por la porción refleja (tensión refleja del orbicular.) en el labio posterior del mencionado canal, ó sea en la cresta vertical que se encuentra en la cara externa del hueso unguis; entre las dos porciones atrazan el saco lagrimal.

Por fuera este tendón se bifurca, y la porción superior se inserta en la extremidad interna del cartilago tarso correspondiente y la porción inferior en la extremidad interna

del cartilago tarso correspondiente al párpado inferior.

En la parte correspondiente a la comisura externa, se encuentra otro tendón llamado ligamento palpebral externo, el cual se fija en el ángulo superior posterior del órbita, cerca de la articulación fronto-nasal, por uno de sus extremos y por el otro se bifurca en las extremidades externas de los cartilagos tarsos.

El músculo orbicular se
los párpados se compo-
ne de dos porciones; una
porción orbitaria y una
porción palpebral.

Porción orbitaria: Se
compone de arcos muscula-
res extendidos de los huesos
que circunscriben la órbita,
á la cara profunda del
Sérmis. El conjunto de
todos estos arcos simu-
lan círculos concéntricos.

Porción palpebral: Compues-

ta de fibras muy pálidas.- Comprende los dos músculos lagrimales.

1.º El Lagrimal posterior ó músculo de Horner, está formado por las fibras que recubren los dos cartilagos tarsos.

Estas fibras rodean los conductos lagrimales y recubren la cara externa del saco lagrimal y pueden ser seguidas hasta la cresta lagrimal posterior.

2.º El lagrimal anterior está constituido por las otras fibras de la porción palpebral. Se fija a la cresta lagrimal anterior, al ligamento palpebral interno y a la cara anterior del saco lagrimal.

Por fuera los dos músculos lagrimales se reúnen al ligamento palpebral externo.

Curso de las Lágrimas.

Punto de Fisiología que ha sido objeto de serias discusiones y controversias, no creemos que este se más una ligera nota acerca de lo que sobre este particular opinan distinguidos profesores.

En el curso de las Lágrimas intervienen dos actos principales: primero, su secreción en el

saco conjuntival y la acumulación del exceso de líquido en la inyección de los puntos lagrimales. Segundo, la introducción de las lágrimas en el saco lagrimal y un paso á la nariz á través del canal nasal.

Primero: La dispersión de las lágrimas por delante del ojo y su acumulación hacia el ángulo mayor u. explica suficiente-

mente por el movimiento
de los párpados. La
aplicación del borde libre
contra el globo del ojo,
por medio del músculo
lagrimal posterior, no
permite correr a las
lágrimas a la manera
de pequeños arroyos, so-
bre la córnea y sobre la
esclerótica, y se debe atri-
buir la intimidad de las
relaciones del borde libre
de los párpados con el

globo ocular a la tunicas de las fibras musculares insertas a los tendones.

El liquido segregado durante el intervalo que transcurre entre dos pestañeos, debe necesariamente acumularse en el repliegue conjuntival, detrás de la porción blanca de cada párpado.

Si entonces se verifica un movimiento de pestañeo

neo, los párpados se apli-
carán exactamente contra
el ojo, el fondo de saco
conjuntival se encontra-
rá comprimido, el espacio
ocupado por las lágrimas,
acortado, y por consecuen-
cia llevado el líquido por
delante de la córnea.

Además, la contracción
del músculo lagrimal,
anterior aproxima al
ojo en todos sentidos,
la porción cutánea de,

los párpados, y esta acción, agregándose a la precedente, tiende a arrojar las lágrimas fuera del ojo. ¿En donde se refugiaron entonces? Al nivel del reborde orbitario interno, en donde el músculo lagrimal anterior, se inserta en la cresta lagrimal, y hasta cierto punto se encuentra inmovilizado; las partes blandas están tensas hasta el vértice

del globo del ojo, por delante de una excavación que no existe cuando el ojo está abierto y el tegumento relajado. Se forma, en la inmediación del borde del lago lagrimal y en comunicación con él, un espacio libre bastante extenso; á este sitio es á donde se dirigen las lágrimas comprimidas de todos lados, y en donde entran en relación directa

con las embocaduras de los conductos destinados á recibirlas.

La dirección que siguen las lágrimas para dirigirse al lago lagrimal se hace manifiesta por los movimientos que se ejercen en las partes blandas del párpado inferior, bajo la acción del músculo lagrimal anterior. En efecto, estas fibras determinan en

la piel, atroyéndola hacia
la nariz y aplicándola
contra el ojo, pliegues
que indican con bastante
claridad la dirección
de las lágrimas.

Segundo: La introduc-
ción de las lágrimas en
los conductos y su evacua-
ción en el seno estéril.

También seguramente,
ligadas a los movimien-
tos de los párpados, in-
cluir la acción de algu-

nos movimientos asociados:
es menester admitir, en
efecto, que el saco está
sometido á los alternati-
vos movimientos de dilata-
ción y contracción, que
tienen por objeto favore-
cer la admisión y la
expulsión de las lágrimas,
y son el resultado
de una acción muscular.

Esta manera de ver es
hoy casi generalmente acepta-
da y la divergencia se

opiniones que existe se dirije únicamente al modo de verificarse este acto.

Unos (Ertl, Moll y Weber) piensan que en el momento en que los párpados se cierran, cuando las lágrimas son comprimidas contra las paredes del lago lagrimal, el saco experimenta al mismo tiempo una compresión que tiene por efecto la evacuación de su contenido; otros (Bowyer,

Saint-Hilaire, Roser, Schmid, y Wecker) creen por el contrario, que entonces el saco se dilata y aspira las lágrimas que los movimientos de los párpados han impulsado hacia los conductos. El medio más sencillo de encontrar la verdad en esta controversia, parece residir en la observación de los movimientos que ocurren en una gotita.

suspendida en el orificio
de una fístula lagrimal,
en el momento en que se
cierran los párpados. En
este caso, ¿ es atraída
ó arrojada hacia fue-
ra? La mayor parte
de los Observadores se
deciden por la atrac-
ción, y por consiguiente
por la dilatación del
saco; cierto es que se ha
pretendido lo contrario,
pero entonces se puede

referir la espulsion de la gotita fuera del saco, a la direccion de la fistula y a la compresion que ejercen contra el liquido los bordes cutaneos de la abertura anormal, en tanto que parece imposible admitir semejante mecanismo para los casos más numerosos en que la gotita entra en el agujero de la fistula.

Si se admite que en el momento en que las lágrimas son impulsadas de todos los lados hacia el lago lagrimal, es el mismo saco comprimido y puesto por lo tanto en la imposibilidad de darles entrada, no se puede comprender cómo el exceso de la secreción no se vierte en la mejilla. No se explica tampoco por

qué motivo se debe que el movimiento de los párpados cesase (es decir según esta teoría, cuando el saco se dilata), las lágrimas pueden ser recibidas en los conductos, atendiendo á que sus orificios no entran en este momento en el lago lagrimal. Por el contrario, todo se interpreta perfectamente por la teoría de la dilatación

análoga, por lo demás,
a la explicación del
mecanismo, por el cual
otros varios líquidos de
la economía son puer-
tos en movimiento. Y
en efecto, cuando un
líquido se dirige hacia
el receptáculo que le
está destinado, se pue-
de decir de una mane-
ra general que este se
dilata para recibirlo,
y solo posteriormente

expulsa su contenido.

Así es que las lágrimas penetran en el saco en el mismo momento en que afluyen a su embocadura, y son expulsadas de esta cavidad cuando el flujo cesa; esto es, después que se ha verificado el movimiento de peristaltico y nos explicaremos mejor este mecanismo, si admitimos que la dilatación

y la contracción del saco, alternan con la oclusión y la apertura de los párpados.

En la dilatación y contracción del saco juegan un papel muy importante los músculos lagrimal anterior y posterior.

Cuando el músculo lagrimal anterior se contrae, se acorta y tiende a aplicarse a la convexidad del globo del ojo, sobre

resultar que atrae hacia adelante al ligamento palpebral interno, es decir, su origen móvil y con él toda la pared anterior del saco lagrimal, puesto que su origen inmóvil, la cresta lagrimal anterior, está por delante de este saco, la pared anterior se aleja de la posterior, dilatándose de esta manera, el saco al nivel de la embocadura.

de los conductos, basta que se dilata todo él y muy pronto es colmado por las lágrimas que afluyen á través de estos. La pequeña columna de líquido que se encuentra en el canal nasal, no podría refluir hacia el saco porque el repliegue muscular valvular correspondiente á la extremidad inferior de este conducto, se opone á que se forme una

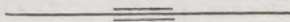
corriente ascensional de
aire ó de líquido.

Por el contrario, esta
especie de válvula no
ofrece ningun obstácu-
lo á las lágrimas que
se derraman en la nariz,
cuando cesa la dilata-
ción del saco.

En el momento que los
párpados se reparan ó
sea cuando cesa la contrac-
ción del músculo lagrimal
anterior, las estremidades

interna del ligamento palpebral interno es atraída hacia su inserción (la cresta lagrimal posterior) y vuelve a tomar este ligamento su posición, la que anteriormente la contracción del músculo lagrimal anterior al cierre de los párpados le había hecho perder; al ser el lagrimal, mueve lo mismo, sea de dilatar

se y por este hecho son
expulsadas las lã-
grimas.



Fistula Lagrimal

Malpaigne la define
siendo que es una
ulcera del ángulo ma-
yor del ojo comunicando
con las vias lagrimales.

No existe, habiendo
propisamente, una
fistula sino cuando
el saco y excepcional-
mente uno de los condu-
tos está de una manera

permanente, en comunicacion directa con el tegumento externo; puede suceder que el seno y las fosas nasales se comuniquen á través de la pared ósea destruida y sin que el tegumento externo esté atacado. En virtud de estas consideraciones, creemos conveniente designar al primer estado bajo el nombre de fistula

del saco lagrimal
y al segundo el de
comunicación fistulo-
sa.

De todas las afeccio-
nes de la oftalmología,
las enfermedades de las
vias lagrimales sobre
todo la fistula lagri-
mal, es de las más re-
belde a los diferentes
tratamientos; numero-
sos han sido los medios
terapéuticos empleados

en su curación pero ninguno de ellos, ha dado resultado del todo satisfactorio ó al menos no se ha obtenido una curación completa.

Entre las fistulas lagrimales existe la llamada capilar que es la más rebelde al tratamiento, es también muy poco frecuente y á causa de esto son muy pocas

los casos que se observan.

Analizando los numerosos trabajos que han sido hechos acerca de su tratamiento llama la atención el número excesivo de procedimientos que han sido puestos en práctica desde épocas remotas, apesar de nuestras investigaciones tan estériles como laboriosas creemos que

se ha descuidado un tanto el tratamiento de este pequeño mal, que es la fistula lagrimal, solamente y muy recientemente se ha visto el olvido en que puede serirse habiéndose cuidado el tratamiento de la fistula capilar, y algunas observaciones aunque raras se han recogido, pues aunque siempre se ha conoci-

Por la existencia de esta dolencia, se preconizaba para su tratamiento la pequeña ó ligera intervención que parece ser exigida. Convenciéndonos de su verdadera importancia no dudamos que solo una activa y eficaz intervención terapéutica, es la única que puede llevarnos á la curación definitiva de ella.

Clasificación de las fistulas lagrimales.

Antes de empezar nuestra descripción creemos conveniente hacer una clasificación de fistulas lagrimales cuyo tratamiento hasta ahora no es el mismo para todos los casos.

Primera clase. - Fistulas lagrimales coexistentes

con una sacrociistitis
aguda ó con un flemón
del saco.

Segunda clase.- Fistu-
las lagrimales acompa-
ñando á una sacroci-
stis crónica

Tercera clase.- Fistulas
lagrimales persistentes
después de largo
tiempo (meses y años).

Bajo el punto de vis-
ta anatómo-patológi-
co podemos hacer se

estas tres clases los grupos; en el primero serán incluidas las dos primeras clases, y en el segundo la tercera.

Primer grupo. - Las fistulas se dejan fluir continuamente pus ó moco-pus y la evacuación de este puede ser de una manera intermitente.

Con frecuencia se cubren de costras que provienen de secreciones y comprimen

miendo el saco lagrimal se puede hacer salir el pus por los puntos lagrimales si son permeables ó evacuarlo por las fosas nasales.

Segundo grupo. -

Estas fistulas que son con más frecuencia consecutivas á una dacriocistitis son muy antiguas y datan de algunos años y en ellas no se encuentra pus.

A veces sale por la
abertura externa de la
fistula un liquido
que no es del todo
purulento, es sero-
mucoso muy transpa-
rente.

Las fistulas del
primer grupo tienen
un orificio externo
de uno o dos milime-
tros de diametro, la
piel que la rodea tie-
ne un color rojo eri-

ripelatoso.

Las del segundo grupo tienen el orificio externo muy pequeño apenas perceptible, por esto se llaman capilares, rodeados de tejido cicatricial.

Los bordes de las fistulas del primer grupo están tapizados por una membrana lisa, transparente, provista de mamelones carnosos

que sangran con facilidad.

En las del segundo grupo los bordes estan tapizados por una membrana densa formada de tejido conjuntivo y revestida de una hoja epitelial, esta membrana posee todas las propiedades retráctiles del tejido cicatricial, y por esto la fístula es decir el orificio, tiene gran tendencia

à estrecharse.

Por último la duración de las fístulas del primer grupo, depende del diámetro de la fístula y de las lesiones profundas causadas por el absceso del saco.

Si este es superficial ó tiene orificio en el fondo del saco lagrimal, se abrirá siempre á través de la piel y hará lugar á una

fistula que se de cerrar
se más rápidamente
que cuando la inflama-
cion ó el flemón son
producidos por lesiones
óseas del saco.

Las fistulas capilares
que provienen casi siem-
pre de lesiones óseas del
saco no tienen tenden-
cia á una curacion espon-
tánea, razón por la que
podríamos llamar "pasa-
geras" á las del primer

grupo, en relación a las segundas que llamaremos "permanentes" ó sea se "capilares". Como veremos después se puede llamar a las primeras pasajeras, porque no son más que orificios exteriores de un flemón que se vacía por un orificio en la piel.

Estudiados estos generos de fistulas lagrimales y vista la importan.

cia que tienen en relación
á su tratamiento, estudiare-
mos los caracteres comu-
nes á ambos.

El trayecto de la fistu-
la raramente es directo,
teniendo una oblicuidad
mas ó menos pronun-
ciada, razón que explica las
numerosas recidivas por
ser un obstáculo á la
cicatrización sus anfrac-
tuosidades; obstáculo
que hace difícil y penosa



la exploración por medio
del estilete.

El asiento de la fistula
reside en la parte inferior
del saco lagrimal, por
debajo del ligamento
palpebral interno,
teniendo su abertura
exterior en la piel de
la mejilla a mayor ó
menor altura segun
las circunstancias que
acompañaran a la abe-
rtura del absceso y esta

haya sido espontánea ó por intermedio del Cistitis.

Con objeto de hacer un estudio mas razonado y completo de la fistula lagrimal, he de ocuparme de la etiología y patogenia de esta lesion. Intimamente relacionada la existencia de la fistula con la de la dacriocistitis, de la que es frecuentemen-

Te una consecuencia, hemos de estudiar necesariamente la etiología y patogénia de ella, como estudio verdaderamente etiológico de la fístula lagrimal.

Etiología = Primero, inflamación y engrosamiento consecutivo de la membrana mucosa que tapira la cara interna del canal nasal,

consecutiva é un coriza antiguo, á la viruela, escarlatina, roscola; en una palatara é toda inflamación cuyo asiento sea la mucosa pituitaria; en ocasiones puede producirse por la propagación de inflamación en la conjuntiva ó párpados.

Segundo = Cuerpos extraños ó que permanecen en el canal nasal, como

son tumores en el saco,
pólipos, sacriolitos, etc.

Tercero: Exóstosis, ne-
crosis y perforaciones
óseas.

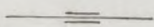
Cuarto: En cuanto
á las causas generales,
como sífilis, escrófula
y cancer, estas no sue-
len obrar sino imprimien-
do carácter á los efec-
tos de una ó de otra de
las causas de que hemos
hablado.

Se lee en algunas publicaciones bastante recientes que no existe fistula lagrimal sin enfermedad de los huesos, la experiencia mas vulgar demuestra que tal aserto es un error, pues ya hemos señalados cuales son las causas de la fistula lagrimal y que la caries y la necrosis de las paredes óseas inmediatas al saco y al

canal lagrimal tambien
lo son, pero menos frecuen-
tes. La caries ocupa
mas á menudo la apófi-
sis ascendente del maxi-
lar superior, que los selga-
dos tubiques prestados
por el hueso unguis
á las vias lagrimales;
pero el mal está situa-
do mas frecuentemen-
te todavía en las pare-
des óreas de las fosas
nasales que atraviesan

la extremidad inferior
del canal del mismo
nombre. El olor seragra-
table que la secreción
exhala en tal circuns-
tancia, o el orenca de
que habitualmente
están atacados los en-
fermos, advierten al
médico de la existen-
cia de una alteración
más profunda que la
de la mucosa, el sonda-
je, solamente puede

siniper. Tota Suda.



Patogénia = Antigua-
mente se consideraba
la fistula lagrimal
como un absceso del
ángulo mayor del
ojo producido por la
cáries del unguis llama-
da *egilops*; reservan-
do el nombre de *anqulops*
al tumor lagrimal.

Daban escasa importan-
cia a la inflamación.

primitiva de los conductos y saco lagrimal, creyendo mas bien que una estrechez u obstrucción del canal y del saco eran la causa primordial, ó principal que oponiendo un obstáculo al curso de las lágrimas producía esta lesión, es decir una causa completamente mecánica. Decían que existiese un obstáculo en vez

de correr las lágrimas
por el saco á las fosas
nasales, iban sintien-
do el saco lagrimal,
en cuyo caso la pared
externa de este rebasa-
da hacia adelante for-
maba un tumor (absce-
so del saco): pero como
consideraban que la
elastici-^{dad} tiene sus
límites, esta pared lucha-
ba mucho tiempo contra
la acumulación patológi-

ca de las Lágrimas sistien-
diéndose á medida que
iba a secarse, des-
garrándose, sus fibras
en cuyo caso las Lágrí-
mas en contacto prolon-
gado con la mucosa
irritarian sus partes,
ulcerándose de dentro
afuera y la inflamación
consecutiva destruyendo
la capa celular que existe
entre el sano y el exterior,
da lugar á la fístula

por donde salen al exterior
las lágrimas y productos
patológicos acumulados
en la cavidad del saco.

Numerosos partidarios
han encontrado esta
teoría mecánica, no
solamente entre los
antiguos autores, sino
en los de nuestra época,
tales como Bowman,
Critchbet, Weber, Hadie,
Galerowsky, etc, que du-
rante mucho tiempo y

cum boya, ante todo tra-
tan de restablecer el
curso de las lágrimas,
sin preocuparse del
elemento inflamatorio.
Abadie rechazando la
idea de una inflama-
ción primordial del
saco lagrimal cree, que
las afecciones de las
vias lagrimales están
siempre bajo la depen-
dencia de estrecheces
en la abertura inferior

del saco lagrimal ó en el trayecto del canal nasal. Panas tras nuevas y concienzudas observaciones demuestra que la inflamación de la mucosa, es la causa principal de la sacroscistitis.

Béraud, Aurias y Furenne han demostrado que sin haber estrechez ninguna en el canal nasal, la mucosa ofrece muestras evidentes de infla-

mación y concreciones puru-
lentas.

Wickmark, Sattler tras
largas investigaciones
bacteriológicas, han de-
mostrado la existen-
cia de numerosos micro-
bios en las flegmasias
del saco, como el *staphy-
lococcus albus* y *aureus*,
raramente el *streptoco-
cus*. Además es sabido
que el contacto del moco-
pus con la conjuntiva

y córnea da lugar á
conjuntivitis y querati-
tis, siendo temible en este
caso y tratándose de quera-
titis ulcerosas por origi-
narse graves abscesos
corneales. Sabido es
también la grave
constricción que origi-
na la existencia de
estas secreciones morbó-
sas, cuando se trata de
operaciones cual la de
la catarata é iridectó-

mia, pues de hacerse sin
antes haber curado la
afección lagrimal, es
casi seguro que por una
gravísima infección
pueda perderse la cór-
nea, y basta producir-
se el flemón ocular.
Demostrado está con
los anteriores datos
la infecciosidad que
tienen los productos de
las vías lagrimales
inflamadas.

Resumiendo, nuestras apreciaciones de acuerdo en un todo con las del eminente profesor Panas, podemos decir que aparte de ciertos casos excepcionales, la inflamación de la mucosa es la causa primordial de las sacrocistitis.

Tratamiento = Liquien.
so en un todo la mar-
cha que nos indica la
taxonomía estableci-
da para las fistulas
lagrimales, hemos de
ocuparnos en primer
lugar del tratamien-
to correspondiente á
las que coexisten con
una dacriocistitis agu-
da ó flemón del saco.

Cuando los conoci-
mientos anatómicos eran

han imperfectos que se ignoraba la existencia de las vías excretoras para las lágrimas y atribuían los trastornos que se observaban á una inflamación, el uso de los cáusticos puede decirse era el único tratamiento con el fin de modificar aquella.

Descubierta la existencia de las vías de

escrecion lagrimal y
hecha de ellas un per-
fecto estudio se pudo
ver que la estrechez
u oclusión de alguna
de estas vias, era cau-
sa frecuente de dichas
lesiones. Estableciéndose
en consonancia con estas
ideas un tratamiento
puramente mecánico.

Sin formular ju-
icio definitivo acerca
de los diversos tratamien

tos, he de enumerarles
comenzando por el de
formacion de un canal arti-
ficial, basado en la
perforacion del hueso
unguis para dar paso
á la lágrima hasta las
fosas nasales. Procesi-
miento patrocinado por
Celse y Woolhouse, Mon-
ro, Hunter, Scarpa,
Gery, quienes con ma-
técnica operatoria parti-
cular á cada uno, tocan

aspiran al mismo fin.

A este procedimiento sigue el de la Inyección casi siempre unida ó precedida de la desobstrucción por medio de un estilete, aspirando por la inyección de líquidos medicamentosos á modificar la mucosa que reviste estos conductos Arnal, Laforest, Fano, Verneuil, Mackenzie; son los que mas han defen-

Si en este modo se proce-
der, aunque difieran al-
go en su manera de
operar y líquidos que
inyectaron.

De estos procedimientos
siguen los de Dilatación
en sus diferentes accep-
ciones de permanente, gra-
dual y forzada. Des-
criba en absoluto algu-
na de ellas, subcritien-
do principalmente la
gradual por medio de

sondas metálicas de diferente calibre: método adoptado por Bowman, que para facilitar la entrada de estas sondas describe previamente el punto y canaliculo lagrimal.

La dilatacion forrada de la que Weber es partidario, se practica con agujas elásticas de uno á cuatro milímetros de diámetro y

que se introducen des-
pues de haber secciona-
do el conducto lagri-
mal y esteroidado el
ligamento palpebral
interno. Galzerinsky
partidario tambien de
la citacion forrada
en los casos de coartacion
casi irreducible, emplea
desde el primer momen-
to la sonda n.º 6 cuyo
calibre es de un milime-
tro y cuarto.

Varios autores como Mal-
gaigne, Gerdi, Lichel y
Grélat, y Stilling son
partidarios de la
Estricturotomia ó
sea el desbridamiento
de la estrechez del
canal lagrimal por
medio de un cuchillo
triangular fuerte de
que es autor el mismo
Stilling.

Nannoni fué el prime-
ro que propuso la Obli-

ración de las vías lagri-
males empleando para
ello la destrucción del
saco por medio del nitra-
to de plata.

Desmarrés hacia con
el cauterio actual.

Guernel, y Velpeau
practicaron la cauteri-
zación uno y la excisión
de los puntos lagrima-
les el otro: por fin.

Platner, Berlin, Busin-
nelli hicieron la excisión

ó abulsión total del
saco.

La cauterización del
saco propuesta por Na-
noni y seguida después
por varios oftalmólogos,
he aquí como la practi-
ca Gosselin: se incide
el saco con una incisión
de fuera adentro por
debajo del tendón del
orbicular al que res-
ta, la salida del pus
ó moco-pus é través

de la incisión, nos indica
haber incidido la
pared anterior de dicho
saco: Conteniendo la efu-
sion de sangre por medio
de lavados y tormentos
de algodón empapadas
en agua fria, introdu-
ce en la cavidad un
pincel de amianto suje-
to a un alambre de hie-
rro y empapado en cloru-
ro de antimonio, siendo
necesario repetir una

ver el paso del cáustico por la superficie del saco para obtener la escara deseada, terminando la curación rellenando la cavidad con algodón ó gasa iodoformica.

Se ha propuesto también como tratamiento el Raspado del saco por medio de la cucharilla cortante, procediendo para ello por incisión

el canalículo lagrimal superior haciendo la seccion subcutanea del ligamento palpebral interno. Introducida en el saco a traves de esta abertura la cucharilla cortante, se hace el raspado de todo el: practicandose inyecciones de una solucion de nclimato, consiguiendose con esto detener la hemorragia.

El cateterismo repetido
y practicado que sea,
pasados dos ó tres dias
setiene toda secrecion
en muy breve tiempo,
tal es el modo de proce-
der de Mandelstamm,
Fartuféri.

Wecker no solamente
incinde el ligamento
palpebral interno,
sino que practica una
abertura de dentro á
fuera por donde introduca

ce la cucharilla cortante,
suturando la herida con
dos ó tres puntos despues
de previamente lavado
con una disolución de
sublimado. Despagnet
además de la incisión
del saco practica una
excision de una porcion
de él en los casos de es-
tar bastante dilatado.

Además de la extruc-
cion del saco por la
cucharilla cortante, Goma

Pinto termina y asegura la destrucción por la cauterización de él, por los cósticos.

Panas interviene en estos casos partiendo de la base de poner al descubierto toda la extensión en que ha de operarse, para lo cual abre ampliamente el saco lagrimal por medio del bisturí y no dudando en sacrificar el ligamen-

to palpebral interno y
fenson del orbicular, repa-
rados ligeramente los labios
de la herida, aplica el
termocauterio que pasea
por toda la estension del
puso, rellena inmediatamente
esta cavidad con iodoformo
o algodón iodoformi-
co que repara pasados tres
o cuatro dias, remplazan-
do esta cura por levatorios
antisépticos y una mecha
embalsumada con pomada

de bióxido de mercurio,
con la que pasadas dos
ó tres semanas la herida
queda cerrada lo que no
impide continuar el
uso del catéterismo.

Hecha relación de las
diferentes operaciones
practicadas para el
tratamiento de la sacro-
cistitis aguda, ó crónica
y entusiasmado en detalle
las ideas de mis autores,
veremos en cada uno de

ellos la defensa apasionada de cada una de las dos Teorías en que se basa este tratamiento, haciendo resultar los de la mecánica que si esto solamente se debe el triunfo, si lo que arguyen los de la Teoría inflamatoria que si es cierto que los cateterismos repetidos conducen a la curación en algunos casos, no es por

la dilatación que provocan las sondas, sino por la irritación sustitutiva que resuelve la inflamación primordial.

Gosselin expresa su opinión diciendo que hay pocos procedimientos que sepan de dar resultado favorable, puesto que en todos y cada uno de ellos se provoca necesariamente una irritación de la

mucosa, que trae como consecuencia la mejoría de la secreción. Lo cierto, es que cualquiera que sea el tratamiento para la dacriocistitis, una vez curada esta, la fístula lagrimal desaparece. Pero como hay casos en que a pesar de la curación de la dacriocistitis la fístula no se cierra, hay que suponer en que la dacriocistitis pasó

al estado crónico ó existe un catarro de las vías lagrimales, constituyendo la segunda clase de fistulas admittidas en nuestra terminología y de cuyo tratamiento vamos á ocuparnos.

Mackenzie así como Desmarres consideran la fistula como una terminacion favorable, opinando debia respetar

se el trayecto fistuloso por creer desempeña el papel de una válvula de seguridad, recharando el método de la destrucción del saco para destruir la fistula, aun en el caso en que los obstáculos sean muy considerables y el saco esté fuertemente dilatado, no podrá resolverse si obliterar el saco más que cuando

crea que los obstáculos
al curso de las lágrimas
son invencibles
y aun así debe estudiarse,
si la extirpación de la glándula
lagrimal traerá más
ventajas que obliterar
dicho saco. Solamente
cuando la estrechez
considerable del saco
ó una afección ósea,
permitan esperar res-
tablecer la permeabili-

dad, se puede recurrir
especialmente á
la dilatación forzada,
á la obliteración del
saco, ó á la extirpación
de la glándula lagri-
mal.

Wecker quiere que se
practique, en el caso
dicho el cateterismo
durante tres ó cuatro
semanas hasta el
momento en que cese
toda secreción, siendo

para este genero de fistula para la que he
emitido este axioma
" Toda fistula lagri-
mal se cerrará esponta-
neamente en el espacio
de algunos dias, cuando
se hace comunicar amplia-
mente el saco lagrimal
con el conjuntival por
medio del desbridamien-
to." La opinion de
Wecker parece ser ter-
minante como exclusi-

va, a pesar de toda la
autoridad que por sus
muchos trabajos se le
atribuye a este distin-
guido oculista, no pode-
mos de un modo abso-
luto asociarnos a su
opinión, pues sin negar
los numerosos casos favo-
rables obtenidos por el
caterismo prolongado,
no es menos cierto que
se encuentran otros en
que ha fracasado este

tratamiento. Se observa con frecuencia enfermos en que la permeabilidad de los canalículos es perfecta pasando á través de ellos y saliendo por la nariz las inyecciones; que las sondas de Bowman del calibre n.º 3 y 4 y aun mas gruesas, pasan con gran facilidad y sin embargo la fístula no desaparece. ¿Que poder

Tienen en este caso los
cateterismos prolonga-
dos y repetidos de inyec-
ción de cualquiera de las
sustancias medicamen-
tosas comunmente indi-
cadas ?. Cuando más
hacer cesar el lagrimeo.

Algunos autores
no quieren se destruya
el saco lagrimal, nos-
tros somos partidarios
de no destruirlo siem-
pre, y aun cuando en

sea, esto no tiene grandes inconvenientes para el curso de las lágrimas, como lo demuestran observaciones repetidas.

Raros son los enfermos á quienes el simple lagrimeo les haga acudir á nosotros, sino el tumor y fistula que es lo que más les molesta, razón por la que es á las lesiones siccas á las que debemos com-

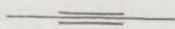
catar, es al sacó dilata-
do á quien hay que ata-
car desde el primer
momento pues en lo
que subsista esta dilata-
ción, persistirá la sacro-
cistitis, el lagrimeo y
todas sus consecuencias.

El cateterismo pro-
longado, por si solo no
puede devolver al
canel su configuración
primitiva; los ligeros
medicamentos cústicos

ó astringentes podrán más
bien hacernos llegar á
este fin. La conducta
que ha de observarse
en este caso es atender
á aquello de que el
enfermo se queja y
como esto es de un tumor
y de la fistula por la
cual sale constantemente
el pus ó el moco-pus,
á esto es á lo que ha
de ser dirigida nuestra
primera intervención.

Abrimos ampliamente
la fistula, cauterizando-
la con el termocauterio,
taponamosla con lanta
el mismo saco con sutu-
ras antisépticas por
un espacio de tiempo
más ó menos largo y
que puede llegar á
ser de un mes y cuando
la fistula y la sacro-
cistitis haya desapareci-
do, será cuando nos ocu-
pemos de la permeabili-

Sal de las vias lagri-
males, por mas que in-
terviniedo en la mane-
ra dicha, el desprensi-
miento de las lágrimas
puede hacerse de un
modo fisiológico.



Fistula lagrimal capilar
Despues de haber hecho
el estudio de las fistu-
las acompañadas de
dacriocistitis flegmono-
sas y crónicas, tenemos

à continuation el de la
fistula capilar.

El origen de las fistu-
las de este género, es en
la mayoría de los casos
el mismo que en las
otras fistulas, es decir,
las sacrociistitis cróni-
cas ó agudas donde no
ha sido posible llegar
à cicatrizar, por comple-
to todo el trayecto
fistuloso.

Denonvilliers y Gosse-

sin dudar que la causa de la fistula no es siempre dependiente de una afeccion de las vias lagrimales, sino que puede ser tambien resultado de una herida, de una ulceracion cancerosa, de una erisipela; opinan tambien que a menudo son ocasionadas en las operaciones de los tumores lagrimales, por el estilete y

sondas provistas de una
cabeza inflexible y más
ó menos voluminosa.

Parinaud ha observa-
do casos de fistulas
dentarias abiertas al
nivel del reborde orbi-
tario inferior, en las
proximidades del seno
lagrimal y por una
disposición anatómica
especial, se puede expli-
car la abertura en este
punto de la dentaria.

Hay autores que admiten la existencia de fistulas lagrimales capilares congénitas, otros por el contrario la niegan.

Dupuytren afirma que las fistulas lagrimales congénitas coinciden en la mayor parte de las veces con una imperforación del canal nasal y ofrecen estas la forma capilar:

enumera también como causas de fistula capilar ciertos estados generales como la escrófula, sífilis en el periodo terciario, la anémia, constituciones débiles.

Wecker opina que en general las fistulas lagrimales capilares son casi siempre débiles si una lesión ósea persistente.

Los casos de fistulas

lagrimales capitales son muy raros. Armaignac en su práctica de más de diez y seis años y viendo miles de enfermos, no ha podido observar más que cuatro o cinco casos de fistulas lagrimales capitales que duraban de muchos años. Lo mismo le ha sucedido al doctor Jørgs, que dice no haber visto en el curso

de su práctica oftalmológica más que los casos.

No creo necesario de repetir lo que anteriormente he indicado en la clasificación sobre el diagnóstico, patología, anatomía patológica de la fístula capilar pero si voy á ocuparme de los diferentes tratamientos que se han recomendado para esta lesión, cuales son, el cateteris-

mo, inyecciones de diversas sustancias medicamentosas, cauterización del trayecto fistuloso por sustancias corrosivas y el raspado del mismo.

Y por fin la cura radical de que hablaremos en último lugar.

Con solo el cateterismo no se ha obtenido resultado alguno; este se practica con el estilote

de Bowman aumentando el número según se vaya consiguiendo la dilatación. El orson de Toulouse empieza con el número 2, emplea este número durante dos ó tres meses, despues el número 5 y si la dilatación es bastante, cauteriza con un lapiz de nitrato de plata bien afilado, repite esta manobra durante cinco ó

seis días manteniendo
el curso de las lágri-
mas por la aplicación
cuotidiana de la son-
da, pero me he visto ve-
nir un absceso muy sol-
oso.

Según Jankelewitch
para llegar seguramen-
te y de una sola vez
a destruir toda la fi-
stula es indispensable
operar del modo siguien-
te.

Primero.- Inundar en toda su extensión el saco lagrimal sobre la sonda acanalada introducida en la fistula.

Segundo.- Taponar la herida hasta el día siguiente, el fin es tener una superficie completamente exangüe, que permita distinguir fácilmente el trayecto fistuloso.

Tercero.- Cauterizar por

medio del hierro al rojo
no solamente toco el
trayecto fistuloso, sino
toda la superficie de
la herida, insistiendo
principalmente y asegu-
rándose de la cauteriza-
ción del orificio profun-
do de la fistula.

Cuarto.- Taponar nue-
vamente la herida y
dejarla cicatrizar de
una manera lenta.

Para este modo de

proceder es necesario tener en cuenta detalles de suma importancia, tal sucede con la incisión que ha de hacerse precisamente sobre la zona acanalada, único modo de asegurarse de que la fístula ha sido incidida en toda su extensión. Es también importantísimo cauterizar el orificio interno

de la fístula pues de
otro modo no podríamos
tener seguridad de una completa y segura
cicatrización que ha
de hacerse de dentro á
fuera. Por idéntica
consideración, es necesa-
rio cauterizar toda la
superficie de la herida,
con lo que, la cicatriza-
ción se hará de una
manera uniforme.
El raspado empleado

solamente no nos dá garantías de éxito, por no tener seguridad de haber actuado sobre todos los puntos de la mucosa; razones que hacen extensivas á la cauterización ignea, que además puede ser excesiva en determinados puntos.

Para que estas dos operaciones ó sea el raspado y cauterización nos ofrezcan más seguridad, es nec-

sario completarlas por la acción de un agente líquido que obra seguramente sobre todos los puntos de la mucosa; para lo que podemos emplear cuando no queremos llegar a la destrucción, soluciones antisépticas energicas y aun mejor ligeros toques con una solución más o menos concentrada de cloruro de zinc.

Las razones porque

consideramos ineficaces
la mayoría de los proce-
dimientos empleados,
considerando únicamen-
te seguro y eficaz el ante-
riormente descrito, re fun-
dan en lo que la experien-
cia y la ciencia nos ense-
ñan respecto al tratamien-
to de otra clase de fistu-
las no existiendo razón
para diferenciar la fistu-
la lagrimal de aquellas.
Vemos que ni en la fistu-

La anal no se cauteriza directamente todo su trayecto, el pus busca una vía de salida hacia fuera, impidiendo la cicatrización de la herida.

Por regla general en todo caso en que existe supuración, se procura siempre que la cicatrización, se haga del fondo á la superficie, se eviten las complicaciones enojosas, para lo que se colocan

tapones ó mechas de gasa
antiséptica que impiden
la reunión de la herida
cutánea, basta tanto
que la cicatriz avanza
desde las partes profun-
das: el principio siempre
es el mismo y la opera-
ción debe hacerse del
mismo modo. Así pues,
introducida la sonda acu-
nalada por el orificio
externo y empujándola
suavemente hasta fran-

quear el interno, se incin-
de este trayecto en toda
su extensión sobre la
misma zona anala-
da, por medio del bistu-
ri termocóustico ó sencii-
llo. Si hay callosidades
se escinden. Es preferi-
ble el empleo del termo-
cauterio porque, impidien-
do la efusión de sangre,
se ve con toda claridad
la superficie que ha de
cauterizarse. Parécenos

que idéntico procedimien-
to al aplicado a la fístu-
la de ano, debe serlo siem-
pre también para el trata-
miento de todas las fístu-
las lagrimales, sobre todo
si las capilares cuya ana-
logía anatómo-patológica
con las anteriores no pue-
de ser más exacta.

En el aparato lagrimal
existe un órgano que es
el saco lagrimal, que
entra a formar parte

de la patología de la
fistula. Se nos dirá que
por la cauterización de
la fistula, se puede facil-
mente interesar el saco
lagrimal, que puede ser
destruido e impedir el
libre curso de las Lágr.
mas, no creemos que esto
sea un gran inconvenien-
te porque, una vez cerra-
da la fistula, las son-
das de Bowman, una in-
yección por el canaliculo

inferior pasa facilmente
a la nariz, y es muy posible
una vez hecha la cauteriza-
cion, poder conservar la
permeabilidad de las
vias lagrimales. Se ha
exagerado un poco la
frecuencia de laestruc-
cion completa del saco
por la cauterizacion
con el Termocauterio.

Sabemos que el saco
está colocado bastante
profundo y separado

de la piel por una capa
de tejido celular bastante
espesa y más aun
en los casos inflamatorios.

Después de haber
cauterizado este tejido
celular no se llega á
la cavidad del saco,
solamente á su pared
externa. Solo se encuen-
traremos el orificio
interno de la fístula.

Y un cuando se caute-
rice todo el trayecto

de la fístula, en la mayo-
ría de los casos la caute-
rización solamente llega
hasta el orificio interno
ó sea hasta la cara
externa del saco, donde
solamente se cauteriza
una pequenísima exten-
sion, aquella parte del
orificio interno de la
fístula que se encuentra
en esta cara, pero nun-
ca se llegará á la cavi-
dad misma del saco

si no ser en casos excepcio-
nales, por ejemplo cuando
se quiera obrar sobre el
bueso unguis, ó si el saco
está muy dilatado; en
este último caso una
incisión con un fino cau-
terio reducirá las pare-
des del saco pero no será
completa su obstrucción.

Para se expresa del
modo siguiente: contraria-
mente á lo que se ha
pensado de este medio

(la cauterización) es puramente cateterético y de ningún modo destructivo.

Para todas las fistulas á cualquiera género que ellas pertenecan, existe un solo tratamiento, eficiente, cierto, que es la cura radical que consiste en abrir largamente el trayecto fistuloso, cauterizar con el termo-cauterio, dejar que la

herida cicatrize lentamente, taponando el trayecto fistuloso y en caso de necesidad, el saco lagrimal con sustancias antisépticas.

Si todos los autores se preocupan de obrar sobre el saco lagrimal en el caso de dacriocistitis fistulosa, cuando se trata de fistula capilar sin dacriocistitis, se ama fistula verdadera,

Los focos están de acuerdo para obrar directamente sobre la fistula misma; bien sea por la cauterización del canal ó por escisión seguida de sutura, pero de ningun modo debe abrirse largamente la pared anterior del saco en toda su extensión.

Luego nosotros consideramos que todo tratamiento distinto

- 170 -

á este, hecho al azar
no es cierto se destruy-
ya todo el trayecto
fistuloso.



Conclusiones.

Existen tres géneros de fistulas.

I.- Fistulas acompañan-
do a una sacroscistitis,
que no es una verdadera
fistula sino una simple
abertura exterior del
flemón, que se ha vacia-
do hacia afuera.

II.- Fistulas que acompa-
ñan a una sacroscistitis
crónica.

III. Fistulas capilares,
que no se cierran jamás
espontaneamente.

He dicho.

Luis Saracibar y Martínez
de Oraba



Admisible
Cabrera

Admisible
Luis Federico Calvo

Admisible
Hacón

Realizó el ejercicio del grado de doctor
en Medicina y Cirujía y fue calificado
de aprobado
Medina de Mayo 1. 900

Julian Collin

Antonio Chacon

Antonio Prado,

José Prado

Antonio Prado

