

~~Hb~~
36-4

~~Br. Serrana~~

Ca 2447

~~W.A.~~

~~Br. Rondonia~~

~~Br. Joseph~~

81-2-C-19

~~EN~~

1780

~~Br. Serrana~~
~~Br. Rondonia~~
~~Br. Joseph~~

Afecciones lagrimales y su tratamiento
y Memoria presentada

por

Francisco Lopez Fando y Martin
para optar
al grado de Doctor en Medicina y
Cirugia

16

Excmo Señor



El precepto inescrutable del reglamento para optar al grado de doctor, es el motivo por el que me encuentro hoy en este sitio, despues de algunos años de practica, y de haber saboreado sus amarguras, más prodigas siempre que las satisfacciones.

Como alumno de este Facultad, donde curse toda la carrera, perdura en mi la gratitud hacia mis Maestros, de quien recibí la enseñanza y guaron mis primeros pasos en

la clínica.

Ya casi todos ellos pasaron á mejor vida
como los doctores d. Francisco de Castro, Magaz Leta-
mendi, Sanchez-Ocana, Bustos, Creus, Encinas, Pe-
reola, Janez... y no pueden recibir pública manife-
tación de mi agradecimiento, pero recibanla
los que aún viven y continúan enseñando á
la juventud, su vasta ciencia, yo nunca puedo
olvidar sus consejos que tanto me sirven en la
práctica En cuanto á los dignísimos Catedrá-
ticos que reemplazan á aquéllos, aún cuando
recibi sus directas enseñanzas en la catedra,
las adquiero en sus obras y trabajos que admir-
o sin que me atreva á citar sus nombres por no

ofender su modestia.

3

La elección de asunto para esta Memoria lo consideraba difícil en cierto modo, pues aun cuando el campo de la ciencia es muy dilatado, esta misma extensión hacía me vacilar sobre la oportunidad en aquella, al mismo tiempo que deseaba fuera terreno conocido y en el que tuviera alguna experiencia. La casualidad hizo que cuando meditaba un asunto elegir, llegara a mis manos, una de nuestras Revistas científicas, en la que lei las conclusiones del Drº Castresana, presentadas en el XIV Congreso internacional sobre "el tratamiento quirúrgico de las afecções de las vias lagrimales", decidiéndome a escribir la Memoria, sobre las afecções indicadas en las que mi afición, hizo me tener alguna experiencia, ya la vez ser yo caso práctico.

4

Para llevar orden en la exposición dividiré esta memoria en tres partes; siendo la primera un bosquejo anatómico de la región, estudiando en él, primero el órgano secretor (glandula lagrimal) y después el aparato de excreción ó desague; en la segunda nos ocuparemos de las afecciones de todo el aparato, incluyendo las de las glandulas y vías propiamente dichas; y en la tercera, y última, de la terapéutica quirúrgica con la crítica de los sistemas y el por nosotros seguidos en más de 60 casos, con buen éxito en su mayoría.

A la competencia de los ilustradísimos jefes que me escuchan confié este modesto trabajo, en la seguridad han de prestar su benévola atención que sentiría fatigas por ser el asunto árido, y de una importancia muy secundaria, si se compara con otras afecciones aún dentro de la oftalmología.

El sistema lagrimal, está constituido por un aparato bastante sencillo, pero de una delicadeza tal, que desde el momento en que sufre alguna alteración, en cuanto pierde su equilibrio funcional, es muy difícil y en ocasiones imposible su "restitutio ad integrum."

Los autores de Anatomía lo dividen en dos partes completamente distintas; una la glándula lagrimal u órgano de la secreción y otra, el aparato de aspiración capilar, aparato lagrimal propiamente dicho, que se continúa en un conducto ensanchado en su parte superior, para formar el saco lagrimal y termina, en la fosa nasal correspondiente, conducto que tiene por objeto el desague de los lá-

grimas después que han lubrificado el globo
ocular y los párpados, es decir toda la con-
juntiva.

Es tan importante el papel que desempeñan
las lágrimas en la mecánica del ojo, que no
sólo sirven para facilitar sus movimientos,
a la manera que las grasas en las maqui-
nas, y disminuir el rozamiento y desgaste na-
tural de estas, no ya tampoco tienen el excesivo
papel de impedir que los cuerpos extraños
como el polvo impalpable puedan permane-
cer en contacto con el globo ocular, sino
que además previenen las consecuencias de
la evaporación que naturalmente habría de
ocurrir en una superficie como el globo oca-
lar expuesta al aire; asegurando de este modo

una repleción siempre igual de la cámara anterior y de los espacios linfáticos de la cornea⁷ (1) según Gestut.

"La Anatomía comparada nos enseña que los animales que viven dentro del agua (peces) carecen de glándula y aparato lagimal porque aquella doble función está desempeñada por el líquido ambiente, y su aparición en el curso del desarrollo filogénico, es la consecuencia del abandono por los animales del medio líquido y su paso á la vida aérea; así empieza su aparición en algunos batracios (urodelos) persistiendo en grados de desarrollos diversos, en los reptiles, pájaros y mamíferos.(2)

(1) Gestut - Cratado de Anatomía humana - 8° 3°

(2) Id. loc. cit.

8

La secreción lagrimal, que en circunstancias normales es casi insensible, impide como hemos dicho anteriormente que los cuerpos extraños se fijen en la cornea, cuya sensibilidad es tal, que al menor contacto irritanse sus nervios despertando por acción refleja, el lagrimo, el aumento de secreción lagrimal; dándose entonces cuenta el individuo, de esta secreción cuando por un accidente se vierten al exterior sus lágrimas. La hipersecreción lagrimal puede desarrollarse también por ciertos defectos de refracción o acomodación, por gran número de estados patológicos del ojo, por agentes cosmicos físicos o químicos y por afectos psiquicos; pues aunque las lágrimas no son para llorar, el llanto es un acto

9.

reflejo que denota un estado psiquico, generalmente de orden deprimente; la alegria por una noticia agradable ó un buen suceso, producen en ocasiones esa mezcla de alegria y tristeza, de placer y dolor, de risa y llanto, verdadero estado emocional en el que á veces el individuo es presa del sincope.

La glándula lagrimal, pertenece al grupo de las aracimadas y para su estudio dividiendo los anatómicos en dos partes, una superior orbitaria que es la mayor, alojada en la fosita lagrimal, que tiene la órbita al nivel de la parte supero externa de su base, y otra más pequeña á manera de apéndice, llamada porción palpebral ó glándula

la accesorio de Rosenniiller, siendo de $\frac{10}{10}$ importancia conocer los límites de estas dos porciones y sus relaciones bajo el punto de vista operatorio. Envuelta la parte superior, en una atmósfera célico-fibrosa, applanada de arriba abajo, prolongada en sentido transversal y siendo su tamaño el de una almendra, nos ofrece para su estudio (I) dos caras: una supero-externa y otra superointerna; dos bordes, anterior y posterior, y dos extremidades interna y externa. La cara supero-externa es convexa y corresponde á la bóveda óbitaria ó más exactamente al periostio. La cara supero-interna es ligeramente cóncava, descansa á la vez sobre telmis

(1) Testut - Anatomia humana - Fº 3º

culo elevador del párpado superior, en su ¹¹
expansión lateral y sobre el recto externo. El borde anterior es delgado y se dirige paralelamente á la arcada óbitaria; el borde posterior un poco más grueso corresponde al tejido celular de la órbita, recibiendo la arteria y nervio lagrimales. Las dos extremidades redondeadas descansan, la interna sobre el elevador del párpado superior y la externa sobre el recto externo, descendiendo la última hasta la sutura fronto-malar, que nos puede servir de guia ó punto de referencia cuando tratemos de extirpar este órgano.

Bajo el punto de vista de sus dimensiones varían según los individuos; pero el término medio según Merkel, son para la porción su-

terior 20 mm de longitud, 12 mm de latitud y
5 mm de espesor.

La porción inferior, ó palpebral compuesta de
una reunión de glomérulos, segun Sappey en
número de 15 á 40, es aplastada de arriba, y abajo
y tiene forma irregularmente cuadrilateral; su
cara superior está en relación con el tendon del
elevador y su cara inferior corresponde al teji-
do celulo-fibroso de la óbita y á la conjuntiva.

No hay conformidad en los autores, respecto al nù-
mero de conductos de excrecion, pues mientras unos
como Sappey admiten de tres á cinco principales en la
porción orbitaria de las glandulas, otros como Gou-
selin, admiten solo dos en esta porción y de seis á
ocho en la palpebral. Canto unos conductos, como
otros permanezcan independientes ó separados los
de ambas porciones, ó se junten con los saídos

de la porción orbitaria, existen en el hombre de 6 a ¹³ 10 conductos, encargados de vertir las lagrimas en la conjuntiva, según Gestut (I).

La glándula lagrimal que como antes indicamos pertenece al grupo de las arracimadas, tiene mucha semejanza con las salivares, sobre todo con las parótidas, dividiéndose como estas en lóbulos, lóbulillos y estos macizos constituidos por una membrana gruesa con su capa epitelial en la cara interna.

La membrana propia se creyó algún tiempo era amorfa: está formada por células aplastadas, unidas por prolongaciones en bastante número; tienen núcleo redondeado quizás de naturaleza conjuntiva. El epitelio lo constituyen una fila de células cibicas adosadas unas a otras con su correspondiente núcleo esférico. Difiere de este epitelio el secretor si se compara la glándula en reposo con la misma (I) Gestut. Anatomia humana 7º - 3º

después de una secreción prolongada; siendo las células más transparentes en el primer caso y separadas unas de otras, mientras que en el segundo son más pequeñas obscuras y granulosas.

Recibe su inervación la glándula lagrimal del nervio del mismo nombre, que procediendo de la rama oftálmica del trigémino, contiene filetes simpáticos y una rama anastomótica del maxilar superior, que á su vez la envía otro filete recibiendo otro del ganglio oftálmico que acompaña á la arteria lagrimal, encargada de nutrir aquella. Las venillas se reúnen formando la lagrimal, que desemboca en la vena oftálmica.

Con estos datos anatómicos, se comprende que toda excitación de los nervios sensitivos de la cara, produzca una acción directa sobre la secreción lagrimal así la provocaba Magendie excitando con

una aguja galvánica la rama oftálmica.

Descripto á la ligera el aparato secretor de las lágrimas, vamos á ocuparnos del que pudiera nos llamar de desague ó aparato lagrimal propiamente dicho. Componese de los conductos lagrimales relacionados por detrás en su porción horizontal con el músculo de Horner y por delante con las fibras del orbicular. Tiene la forma de una Δ (fendida) cuyas ramas fueran ligeramente curvas, existiendo algunas diferencias entre ambos. El superior asciende verticalmente, después recoda para dirigirse ~~con~~ alguna flexuosidad hacia adentro, abajo y atrás, terminando en la parte superior de la pared externa, del saco lagrimal.

16

El conducto lagrimal inferior desciende verticalmente, recoda después y con alguna oblicuidad diríjese hacia arriba, adentro y atrás para terminar como el superior, en el saco lagrimal. Están revestidos de mucosa, careciendo de papilas, siendo su epitelio pavimentoso. Estos dos conductos reúnense en uno adoptando la forma de una Y (fendida) hecho constante según Sappey, pues Hieschke afirma que los dos conductos desembocan aisladamente el 85 por % de casos y Michel ha encontrado también la desembocadura aislada con bastante frecuencia.

Estos conductos presentan un orificio situado en las cariunculas lagrimales, eminencias cónicas existentes en el borde libre de los párpados, frente al repliegue semilunar,

17

especie de ventosa para la aspiración de las
lagrimas: la longitud de este conducto es de
7 a 8 mm.

El saco lagrimal constituido igualmente por
una fibro-mucosa, está situado en el canal
lagrimal, formado por el unguis y la apofisi
sis ascendente del maxilar superior: su longi
tud es de 10 a 15 mm y su anchura de 4 mm
Según Arlt, estando cerrado en la parte supe
rior, formando una especie de cípsula y abier
to en la inferior continuándose con el con
ducto nasal. La extremidad superior coes
ponde a nivel de la apófisis orbitaria externa
y la inferior está detrás del tuberculo de
Lispink. La pared externa que es fibrosa,

18

recibe en su tercio superior los dos conductos lagrimales, hallándose soldada por delante, al ligamento palpebral interno y por detrás, al tendon reflejo del orbicular. Su mucosa está revestida de epitelio cilíndrico y vibrátil. Seguir Sappey, Kochiker, Merkel, Mayer y otros, pero desprovisto de pestanas vibrátilles según Manfredi. Esta mucosa termina en su parte inferior por unos repliegues que impropiamente se han llamado valvulas de Rosenmüller y Berndt. Existe tem además glandulas muciparas a las que este ultimo autor atribuia gran importancia en el desarrollo del tumor lagri-

19

mal, pero Robin y Cadet no las admiten (1).
Precisa conocer perfectamente las relaciones
del saco lagrimal como hace observar Panas,
pues siendo contigua la mitad superior
de esta cavidad á las células etmoidales
anteriores y su mitad inferior en correspon-
dencia con el meato medio de las fosas
nasales, al tratar de establecer una comu-
nicación entre el saco y estas, debe hacer
se de preferencia en la mitad inferior de
la pared interna del saco, para no intere-
sar las células etmoidales anteriores, cuyo
sistema canalicular, conduciría las lágri-
mas al seno maxilar, en vez de llevarlas

(1) Journal de l'Anat et de Physiologie de Ch. Robin pag 487

20

á la fosa nasal correspondiente. Tiene mu-
cha importancia este dato, por más que la
operación apuntada ha caido en desuso ~~en~~
desde que Bowman introdujo el método que
después estudiaremos.

Continuándose el saco lagrimal con el ca-
nal nasal cuya longitud es de 12 ~~áreas~~ y un
milímetro próximamente de calibre, se en-
cuentra aplastado en el sentido transversal, de
su extremidad superior, siendo cilíndrico
el resto de su extensión.

Su dirección es oblicua de arriba abajo, de
dentro afuera y de adelante atrás, observándose
se alguna vez que esta dirección es casi vertical;
dato que tendremos muy presente para el

21

sondaje por el método de Bossman. La doble inclinación de este canal tiene importancia cuando se sondaba de abajo arriba por el procedimiento de Laforest, hoy en desuso.

Pontecall observa que el eje del canal nasal se separa más del plano medio en los individuos de nariz aplastada; y el célebre oculista austriaco Arlt, afirma ser más frecuente la dacriocistitis en la raza hebrea por las grandes dimensiones de su nariz. Además de su oblicuidad, presenta el canal nasal una curva ligera, de concavidad anterior y externa, dato que también precisa saber para el sondaje y por el cual todos los autores aconsejan las son-

22

das de Rosman que por su flexibilidad se les puede dar la curvatura necesaria. Finalmente el canal termina por ~~el~~ un meato que se abre en la fosa nasal correspondiente en la misma mucosa, con dirección algo oblicua, sirviéndole ésta como de abrigo lo que hizo creer a Cruveilier en la existencia de una válvula, cuando únicamente son repliegues en los que la sonda mal dirigida se detiene. Cada esta región se nutre a expensas de numerosos vasos que serpean la mucosa, nerviosa por ramillos del dentario superior, y por el filete del ramo nasal de la rama oftálmica de Willis.

El borde libre de los párpados, está cos

teado por un manójo muscular delgado, situado por delante de la raíz de las pestañas y que formando parte del músculo orbicular de los párpados, se extiende desde la cresta laginal del unguis al ligamento palpebral externo, de cuyas fibras, una parte ha recibido el nombre de músculo de Horner y va a insertarse al tendón reflejo del orbicular. Estos datos anatómicos explican una de las teorías del paso de las lágrimas por el canal lacrimo-nasal.

Las lágrimas una vez formadas, ya provenían solo de la glándula ó asociadas á secreciones conjuntivales, constituyen un líquido ligeramente cetino, de sabor salado y de reacción alcalina, débil según Schuermer, ó

24

neutra, segun Gabenowski; el cual afirma haber encontrado reaccion ácida en los fisiicos y reumáticos. Emmert de Berne, encontró constatadamente reaccion alcalina en el estadio normal, afirmando que esta alcalinidad aumenta en las afecciones lagrimales de la que puede ser causa, lo cual es muy discutible. Encuentraise en el humor lagrimal, tales como el cloruro de sódio, fosfatos, terros y alcalinos, agua albímina y partes sólidas, moco y grasa.

Hechos mal observados han inducido al error de que en el Heroftalmos disminuye la secrecion lagrimal. Schmidt que fué

25

el primero que estudió esta afecion dice que la sequedad de los ojos, depende de la obstrucción de los canales excretores de la glándula. La afirmación de que la secrecion disminuye, es insostenible, pues parece más lógico suponer una retención de las lágrimas en el interior de la glándula y por ende la sequedad del ojo.

La disminución del calibre de dichos canales no es más que hipotética y más bien parece reconocer por causa el Herostalmo, el hecho de que estando afectada la cornea y difícil de irritar por los agentes físicos ó químicos, no favorece la secrecion lagrimal; esta idea fué sustentada por Schirmer. Otros autores, como Arlt, han observado en el Herostalmo la atrofia de la glándula lagrimal y Salomon cita el caso de un

recent nacido, que no vertía lagrimas, más que cuando se le irritaba el fondo del saco conjuntival.

Más conforme nos parece la observación de Arlt; es decir que la sequedad del ojo ó Kerofthalmos, sea debida a una atrofia de la glándula y no a obstrucción de los conductos, pues en este último caso, la repleción de estos, originaria trastornos con el aumento consiguiente del volumen de la glándula.

La anestesia del trigémino, suprane, también el llanto por falta de influencia nerviosa, pero en los estados inflamatorios del ojo, aumenta, sobre todo si hay blefarospasmo.

En un caso de iridocoroiditis descripto por Graefe en el que había blefarospasmo, se observó una

27

Hipertrofia de la glándula lagrimal, como consecuencia; y Schirmer también observó lo mismo en la Keratitis pectorcular y Mooren en el tracoma.

Así como la anestesia del trigemino, suprime la secreción lagrimal, las irritaciones ó excitaciones de su primera y segunda rama, la aumenta, así acontece en la hemicrania.

Entre las teorías que se han sustentado para explicar el paso de las lágrimas figura en primer término como más antigua la de Petit conocida por otro nombre con el de la teoría del sifón. Vinieron después la pneumática y la del poder absorbente de los puntos lagrimales y finalmente la de la capilaridad. Cíeise por algunos que el fango favorece el paso de las lágrimas merced á

28

un movimiento espiroidal del párpado inferior en cuyo fondo de saco, se acumulan por razones de su pesantez, y por esta circunstancia y por el auxilio del miúsculo de Horner pasan por los puntos lagrimales del al canal lacrimo-nasal.

La teoría de Petit es inadmisible desde que Norman ideó su tratamiento de las afecciones lagrimales por medio de la dilatación.

El ruso Dentschensev ideó la teoría de la "vis à tergo", por contracción del orbicular, á la que impidieron Giraud - Beulon y Rave, diciendo era inadmisible porque la acción de aquél músculo no es constante (I).

Más ingeniosa la teoría neumática, supone que por la dilatación activa del saco hacia el este

(I) Annales d' Oculistique 8º LXIX

el vacío, precipitándose las lágrimas, pero Weber la combatió aplicando un manómetro muy sensible por el que comprobó no había la menor oscilación en la columna; deduciéndole que la contracción orbicular no tenía acción ninguna al paso de las lágrimas. A esta teoría se ha objetado que las lágrimas circulan a través de los conductos en casos de fistula como frecuentemente se observa, a pesar de la libre entrada del aire.

Finalmente la teoría de la capilaridad nos parece más admisible, no estando en desacuerdo con el método de Rossman, puesto que sustituye una ranura capilar a un conducto de abertura y calibres también capilares. De este modo puede explicarse que las lágrimas depositadas en el fondo de saco conjuntival salgan en parte por la acción de la gravedad auxiliada

30

por el muscúlito de Horner que cada vez que se cierran los párpados, retrae la pared posterior del saco lagrimal ensanchándole y aspirando de este modo las lágrimas. (I) cuya teoría hemos visto anteriormente fué combatida por Weber.

El papel que la evaporación desempeña en el curso de las lágrimas sirvió a Rave para su teoría conocida con el nombre de rarefacción del aire. Al efecto hizo la experiencia siguiente: introdujo en el saco lagrimal por un orificio fistuloso una bolita de algodón impregnada en tintura de Tornasol, obturándolo después; a continuación instila un colirio de ácido cítrico que por su paso al saco decolora el Tornasol. En otro experimento obtuvo herméticamente el canal nasal en el extremo inferior del saco con un tapón de cauchí e instila el

(I) Landlois: Fisiología humana 8º 2º

31

colirio citado, observándose que el tornasol no se ~~de~~³¹ colorea, deduciéndose que el colirio ácido cítrico no ha penetrado en el saco; y por consecuencia el lagrimeo y hasta el paso de las lagrimas al saco dependen de los movimientos que los dos tiempos de la respiración imparten al aire, hacia el orificio del canal nasal. Alm. realiza un tercer experimento: comienza por cerciorarse del fácil paso de un colirio de ácido cítrico ó sulfato de soda á la nariz, tapando herméticamente el orificio posterior de la fossa nasal correspondiente, observando entonces que aquellos colirios no llegan á la nariz, de lo cual deduce que la falta de corriente inspiratoria es la verdadera causa que impide el paso de las lagrimas, concediendo una pequeña influencia á la evaporación resultante de la oclusión nasal (I)

(I) Anales d' Oculistique

El célebre oftalmólogo Panas, al tratar de este punto
deja establecidas las siguientes conclusiones.

1º Que las lágrimas son conducidas del angulo exterior del ojo á los puntos lagrimales en virtud de dos fuerzas físicas; la pesantez y la capilaridad ayudadas por la contracción del orbicular.

2º Que el saco lagrimal y el canal nasal se llenan de lágrimas bajo la influencia de la capilaridad ayudadas por la contracción del orbicular.

3º Que las lágrimas desalojan el canal lacrimonasal gracias á la acción combinada de dos fuerzas físicas; la evaporación secundada por la acción mecánica de la corriente aérea y otra menos activa la pesantez agregándose la acción del muscúlito de Horner cuya influencia es muy limitada. (1)

(1) Leçon sur les affections de l'appareil lacrymal

Siguiendo el orden establecido, después de exponer las nociónes anatómicas y fisiológicas del aparato lagrimal, hemos de comenzar su patología, ocupando el primer lugar la de la glándula.

La dacrio-adenitis ó inflamación de la glándula lagrimal de forma aguda, presentase con rubidez de la región, sensación de tirantez, de tensión que se transforma en dolor vivo, acompañado de edema palpebral que simula una ptosis. Los movimientos del globo ocular cuando se le comprime son dolorosos, lo mismo que cuando se hace mirar al paciente del lado temporal; entonces se despierta un dolor lancinante. La inflamación del tejido celular que rodea la glándula no se hace espesar mucho tiempo, formándose un flemón cuya consecuencia es producir el exoftalmos con la hinchazón, consiguiente de los movimientos oculares;

generalmente acompañado de fiebre aún en los casos leves, y en los graves de delirio y somnolencia. Según Galezovskij se ha observado alguna vez la dacrio-adenitis aguda complicada con linfo-adenitis de la cara e infartos parotídeos, pero no es frecuente (1).

La dacrio-adenitis puede terminar por resolución quedando alguna induración que desaparece lentamente; y puede terminar por supuración, en cuyo caso el pus se abre paso por la piel ó por el fondo de saco conjuntival; no siendo raro cuando la evacuación es por la primera, quede alguna fistula que suele obtruirse pero que en ocasiones se hace rebelde, siendo preciso operar.

Puede la dacrio-adenitis pasar al estado crónico en cuyo caso el tumor es indolente, desapareciendo los síntomas agudos de inflamación que

(1) Galezovskij: Recueil d'oftalmologie - Febrero 1881

35

dando sequedad del ojo y lado correspondiente
de la nariz pudiendo esta forma constituir
una hipertrofia

No suele ofrecer dificultades el diagnóstico,
pues solamente el tacto nos pone de manifiesto el
estado inflamatorio de la glándula, pudiendo
confundirse con una neoplasia, pero que el análisis
microscópico nos revelaría los elementos celulares
que se presentan en la secreción.

Los traumatismos figuran en primer término
como causa (contusiones y heridas) pudiendo tam-
bién presentarse por propagación de órganos ve-
cinos; y como prueba, refiere Gatchovskiy que el año
1875 durante una epidemia de parotiditis que
se presentó en París, observó en su clínica algunos ca-
sos de dacrio-adenitis aguda (1).

(1) Recueil de' oftalmologie - Febrero 1881

36

Esto confirma tambien la opinión de Graefe de haberla observado en algunas afecciones del globo ocular, iritis e irido-coroiditis.

El tratamiento más oportuno en la forma aguda son los alterantes y antiflúgicos, aun cuando las emisiones sanguíneas locales, no suelen ser precisas a no observarse gran congestión en las regiones próximas. Los fomentos aromáticos calientes y mejor lo de agua fumada al 2%, sublimado al 1 p 1.000, suelen producir beneficiosos efectos. Como tratamiento interno, laxantes, dieta, y pequeña cantidad de opio, alivian y en ocasiones pueden detener la inflamación. En la forma crónica se ha preconizado el empleo ^{tópico} de los mercuriales y preparados de plomo y los ioduros al interior.

No son comunes las neoplasias de la glándula lagrimal, siendo igual su ^{top} sintomatología en

todos los casos: exoftalmos de desarrollo lento dirigido generalmente hacia abajo y adentro dificultando ó imposibilitando los movimientos del globo ocular sobre todo del lado externo, originando la diplopia, cuando se obliga a mirar hacia este lado. Puede confundirse alguna vez con un absceso retro-orbitario, pero el tacto nos puede revelar si pertenece a la glandula. La evolución progresiva de los neoplasmas acentúa la sintomatología ya expuesta, no tardando en presentarse trastornos circulatorios, dilatación de las venas cutáneas sobre el párpado tenso, que se vuelve edematoso no cubriendo el ojo propulsado.

Estos trastornos circulatorios, se hacen extensivos al globo ocular, presentándose hiperemia, quimosis conjuntival, tornando los vasos color rojo, vino so indicio de la dificultad en la circulación de retorno: en ocasiones suelté presentarse ~~parus~~ comeal. Si el examen oftálmoscópico es factible, percibense

los mismos trastornos circulatorios (hiperemia óptico-³⁸
papilar, edema peri-papilar) que invade hasta la
retina juntamente con los trastornos de la agudeza
visual de que suele quedar la miopia corto con
secuencia.

El pronóstico de estas neoplasias depende de su
naturaleza, siendo las más frecuentes el sarcoma
linfo-adenoma, el carcinoma y el dacriops cuya eti-
ología es la de todos los tumores.

Como tratamiento, es conveniente la punción ex-
ploradora para asegurarnos si se trata de una
inflamación crónica de la glándula, haciendo
el análisis del líquido extraído y en su consecuen-
cia proceder al tratamiento radical, la extirpa-
ción de la glándula y partes vecinas.

Los procedimientos que empleemos puede ser
el de Guerin, practicando una incisión en el

39

párpado superior a lo largo de la mitad externa
del rebordo orbitaria, procedimiento que fué modifica-
do por Abadie. Existe también el procedimiento de
Valpeau, según el cual se ataca la glándula por el
seno conjuntival dilatando previamente la commisura
temporal.

El dacriops o quiste de la glándula no es muy
frecuente y cuando se observa, forma una tumora-
ción que en ocasiones alcanza gran tamaño, con
sensación de peso y lagrimeo, apreciándose en el
fondo de saco conjuntival un tumor semitranspa-
rente, rodeado de una membrana lisa, delgada; y
que al ser comprimido aquél suelta dar salida a al-
guna lagrima que indica el orificio exterior del
quiste y a través del cual puede, en ocasiones practi-
carse el sondaje del canaliculo distendido.
Puede el dacriops supurar, presentándose

40

los síntomas de la dacrioadenitis aguda, dando lugar á una serie de molestias de las que es preciso liberar al paciente. Si no está complicado con fistula, su curación no es difícil, bien por medio de sedales como aconseja Graefe ó bien por la abertura de la pared anterior del quiste (procedimiento de Wecker).

La complicación de dacriops con fistula constituye una de las variedades de fistula glanuloflagrimal abriéndose un orificio en la mitad temporal del párpado superior, por el que fluye la lágrima. Puede presentarse también la fistula como consecuencia traumática espontánea ó quirúrgica sin complicación de dacriops. Esta fistula suele ser rebelde á todo tratamiento si se abandona el paciente, pues siha de os-

41

Tenerse resultado hay que intervenir pronto. Los causticos han sido durante mucho tiempo preconizados y en ocasiones con éxito, sobre todo el cloruro de zinc al 5 y 6%: bueno es empezar el tratamiento por este medio, antes de la intervención armada.

El tratamiento quirúrgico propiamente dicho, es más eficaz: Bowman establece un orificio en la conjuntiva por medio de un sedal y obtura la abertura cutánea, muy parecido a lo que hace Graefe en el dacriops.

Más ingenioso es el procedimiento de Hulke: al efecto se hebra dos agujas en un mismo filo, perniendo con ambas por el orificio fistular hacia atrás, de manera que una parte penetre más arriba y la otra más profundamente en el saco

conjuntival. Al arrojar el hilo seccionase un
triangulito de tejido, cuyo vértice se encuentra
en el orificio fistular y la base en la conjuntiva.
Estos hilos van mortificando lentamente el tejido
hasta que se desprenden y la fistula cura.

Las litiasis calcarea, presentarse raramente y como
todo cuerpo extraño provoca dolores, también episo-
ra y conjuntivitis, pudiendo llegar al desgarre de
tejidos en cuyo caso los dolores se agudizan; Su
tratamiento es el apropiado y en ocasiones se llega
hasta la extirpación de la glándula.

Entrando ya en las afecciones del aparato de excre-
ción ó de desague de las lágrimas, ha de ocuparnos
en primer término la epifora, que se presenta
siempre que las lágrimas encuentran un obstá-

cuto a su curso en el conducto lacrimo-nasal.

Varias son las causas que reconoce la epifora; la introducción de cuerpos extraños, las afecciones externas de los ojos, el frío, defectos de refracción (astenopsia acomodativa) y la desviación de los puntos lagrimales que pueden hallarse invertidos ó situados anormalmente. En el estado normal no se ven al no rorversar los párpados pues tocan directamente con la conjuntiva ocular, formando parte de la arista posterior del borde palpebral. Cuando los párpados se encuentran en perfecto estado fisiológico, mirando hacia el lado exterior, el pliegue semilunar se aproxima y exagerando la mirada, deslizase este debajo de ambos puntos, hasta situarse en los límites temporales ó externos de la caruncula; y como el

punto lagrimal superior se encuentra situado más hacia la nariz, al abrirse los párpados se encuentran los puntos lagrimales equidistantes del pliegue sellular. Exagerando la mirada hacia el plano medio, los puntos lagrimales se adosan á la córnea; todo desequilibrio que trastorne la dirección normal de estos puntos producirá la epifora.

Se ha comparado el aparato lagrimal con el urinario y aunque cuando existe alguna semejanza, no es tanta por lo que respecta á su anatomía pues el primero está separado en dos porciones y el segundo no; el órgano excretor (riñon) tiene relación inmediata con el aparato excretor (ureteres etc). Si el tratamiento, sondaje, lavado etc tienen semejanza en ambos, hay la diferencia de la mayor frecuencia de restitución al estado normal en el urinario después del cateterismo ó la uretrotomia, que en el lagrimal, cuyas afecções son muy pertinaces.

El tratamiento de la epifora desespera muchas veces

al médico por su rebeldía y digase lo que se quiera el único tratamiento es el de Botzman, convirtiendo el punto lagrimal en ranura por medio de las fijeras de su nombre, introduciendo previamente un punzón ad hoc. Más conocido es el cuchillete de Weber del que siempre nos servimos pues por su forma ligeramente curva y su terminación en botón, facilita la operación en un solo tiempo. Con una herida milimétrica es suficiente según Weber, en oposición á la práctica de recorrer todo el trayecto; hecha esta pequeña herida se precisa entrecabar sus tabios durante unos días para evitar que se cicatrice.

Es preciso consignar como muy importante la frecuencia de la epifora en los defectos de refracción que en ocasiones pasa desapercibida para el paciente. La operación en este caso es completamente innecesaria, pues solo desaparecerá aquella eligiendo al paciente las lentes apropiadas. Díbese pues reconocer la agudeza visual antes de proceder á la operación como acostumbramos á practicar, pues hemos sido consultados alguna vez por

pacientes en que el lagrimo persistia á pesar de la dilatacion del punto lagrimal y encontramos la causa en el defecto de la refraccion.

Hay quien propone la extirpacion de la glandula ó parte de ella para corregir la epifora y no hace muchos meses se sostenia esta discusion en la Academia medico quirurgica. Sin que tratemos ni mucho menos de señalar doctrina sobre este punto, parecenos tan baladí el motivo para acudir á una operacion de esa indole que ni por complacencia la practicariamos, pues en este caso pue de resultar cierto el dicho vulgar de que el remedio sea peor que la enfermedad.

Ya dijimos el importantisimo papel que las lagrimas desempenan; y suprimiendo la glandula necesaria mente se ha de encontrar el globo ocular sin ese liquido que constantemente la baña, librandonle del contacto del polvo impalpable etc; la xerosis seria inmediata y con ella los agudos dolores y trastornos de la agudeza visual por librar al paciente de

la molestia de sacar el pañuelo con más ó menos frecuencia para limpiar la lágrima.

Si la extrusión es de la mitad palpebral de la glándula, es natural que la secreción disminuya y corrija algo la epifora, pero hacer una operación cruenta para obtener con certeza éxito á medias, no vale la pena á nuestro modo de ver y optariamos siempre por decir al paciente la verdad.

La estrechez y obstrucción de los puntos lagrimales puede ser congénita ó adquirida; los causticos, quemaduras de toda especie, ciertas afecções cutáneas la blefaritis crónica sobre todo en los viejos pueden producirla. Como tratamiento debe emplearse la dilatación gradual con las sondas ó estiletes de Bozeman, previa

la dilatación del punto y ane del conducto lagrimal.

Las heridas de los conductos lagrimales suelen ser originadas por continuación de las de la cara, siendo su pronóstico distinto según sean en el sentido de la longitud ó transversales; en el primer caso ninguna importancia revisten pues cicatrizarán con facilidad, como acontece cuando se dilatan con el cuchillete de Weber. Tan raro es que se presente que nosotros no hemos visto ningún caso.

Más frecuente es la obstrucción e impermeabilidad de los conductos lagrimales, pudiendo estar determinadas por cuerpos extraños como pestanas etc--- y también por orzuelos y granulomas ó por verdaderas estrecheces orgánicas ó circatriciales y cuyo tratamiento desenderá de la causa si es cuerpo extraño accesible á la pinza, se

extrae con facilidad; si se trata de un tumorcillo, granuloma etc la indicación será extirparla: los síntomas que acompañan son dolor y lagrimo con inyección conjuntival consecutiva.

Entramos ya en las afecciones más comunes del aparato lagrimal, ó sean las del saco pues hay quien opina que un 35 ó 40% pertenecen á este y cuyo tratamiento corresponde á su géneros; pero existen afecciones de origen inflamatorio con, y sin fistula consecutiva, estrechez y obstrucciones del conducto nasal, que pueden ser orgánicas ó reconocer otras causas como traumatismos, neoplasias, cuerpos extraños etc --

Para mayor claridad, a la vez que método dividiremos estas afecciones como lo hacen la generalidad de los oftalmólogos en tres grupos: 1º Dacriocistitis, 2º Fistulas lagrimales y

3º estenosis. En las dacriocistitis sus tres formas catarral simple, blenorriaca y flemorrosa y en la estenosis, las de origen inflamatorio, por cuerpos extraños, neoplasias del conducto nasal ó lesiones óseas.

La dacriocistitis catarral presentase como todas las fluxiones con hiperemia e hipersecrección, reconociendo como causa un catarro nasal ó una conjuntivitis, dando lugar á una hiperemia en todo el conducto, cuya mucosa se hincha produciendose una proliferación celular. Cuando se comprime el saco presentase en el punto lagrimal un líquido seroso ó sero-mucoso que con el tiempo se va espesando enturbiándose por las células epiteliales desprendidas de la mucosa del saco.

Schirmer dice que esta secreción al principio de carácter cristalino parecido á la clara de huevo, adquiere el carácter mucoso por las numerosas glándulas arracimadas del saco, aunque Robin, y Cadet han negado su existencia. Con el tiempo adquiere la secreción aspecto viscoso y color pardo, uniéndose á los elementos propios ó exudados inflamatorios como globulos blancos escapados de los vasos por diapsedesis, algunas bacterias como diplococos, monococos, etc. La reacción de este líquido es más alcalina que en estado normal á cuya circunstancia como al principio dijimos atribuyen algunos autores la mayor parte de las afecciones lagrimales. Continuando la secreción con los caracteres espuestos la mucosa se

engrosa por aflujo de sangre en sus capilares tambien engrosados; y este estado congestivo con la inhibicion propia del tejido mucoso contribuye a la larga a obturar incompletamente el canal lagrimal excepto el saco, no solo por su mayor capacidad, sino tambien por la accion constante del pestaneo.

El engrosamiento de los repliegues de la mucosa han hecho creer a Beraud como ya indicamos antes, en la existencia de dilatadas en las que la sonda muchas veces se detiene, siendo preciso retroceder. En el conducto lagrimal acontece lo mismo que en las fosas nasales, afectos de coriza aguda, que la congestión de su mucosa y la hiperemia

coniguiente, dificultan la entrada del aire, pre-
cisando abrir la boca para respirar. La obstruc-
ción pues del conducto lagrimal contribuye,
a que las lágrimas se depositen ó acumulen
en el saco, distendiéndole lentamente y trans-
formándole en un receptáculo, constituyendo
el tumor lagrimal que fácilmente se vacía
por la compresión, y cuyo diagnóstico no
ofrece dificultad alguna.

Galezourski, admite una forma de con-
juntivitis que llama lagrimal en la cual la
inflamación se extiende al repliegue semi-
lunar y caruncular, aún cuando no consti-
tuyen una entidad nosológica. La consigna-
mos por respecto a tan distinguida perso-

84

nalidad.

La blefaritis ciliar, es otra consecuencia de la epifora por obstrucción de los conductos lagrimales, la constante humedad de los bordes palpebrales hace sufrir al epitelio una especie de maceración formándose pequeñas costras bajo las pestañas, evitiéndose el punto lagrimal inferior, dando lugar a un circulo vicioso entre la blefaritis, la epifora y la conjuntivitis.

Aglomerados en el saco lagrimal los elementos morbosos producto de la inflamación, distiéndese su envoltura fibrosa, distensión que el eminente Art. dice va acompañada de un estado atómico de las paredes. No se hace esperar mucho tiempo la aparición

de un tumor que suele presentar los caracteres de un quiste; la piel tornase violada por la dificultad á la circulación venosa, tomando en ocasiones el tumor forma bilobada ó de alforja, cuya causa es debida al ligamento palpebral medio; á este tumor llamo Makensie mucocèle.

Cuando se trata de vaciar el saco por compresión, es frecuente encontrar resistencia, dando al tacto una sensación como de crujido ó crispación. Si por compresión vaciamos el saco, queda una depresión por falta de elasticidad en los tejidos que vuelven á su posición anterior cuando nuevamente se llena, apareciendo otra vez la fluctuación. El vaciamiento del saco verifícase en su mayor parte por

el meato inferior del canal pero tambien se efectua por los puntos lagrimales, sobre todo por el inferior.

La dacriocistitis blenoráica se distingue inicamente de la anterior por los caracteres de la secrecion y sus lesiones anatomo-patologicas. El pus retenido en el saco, provoca irritación e inflamación de los tejidos adyacentes, abundando como es natural en el pus las células piogénicas, bacterias etc -- La mucosa se hipertrófia dando lugar a unas asperges, e inflamándose las glándulas mucosas; su sintomatología es la misma que en la forma anterior. Si en una u otra forma de las descritas no se ha intervenido oportunamente y eficazmente; es decir

restableciendo el curso de las lagrimas ó desinfectando el conducto nasal, es lo más probable la formación del flemón que una vez constituido provoca irritación en los tejidos periambientes y hay un exceso inflamatorio que los antiguos designaban con el nombre de dacriocistitis. Infiltrase el tejido celular, la piel toma tinte rojo-violado, aumenta el tumor sus dimensiones hasta adquirir en muchos casos el tamaño de una nuez pequeña; los puntos lagrimales ocultos por el flemón, se dirigen hacia el globo ocular, así como el borde palpebral edematoso; hasta que espontáneamente ó con nuestra intervención, el pus se abre callando los agudos dolores del paciente.

Establecida la comunicación del saco con la piel, formase la fistula lagrimal que por lo común es de trayecto corto y recto. Citáñse casos de haberse formado la fistula en el fondo de saco conjuntival y hasta algunos de caries y necrosis del ~~dé~~ ~~inguinis~~ vertiéndose el pus a las fosas natales; pero esto es muy raro. Solo tenemos noticias de un caso publicado por el Dr. López - Ocaña en que se eliminaban secundarios, pero indudablemente se trata de individuos sifilíticos por lo general. Conviene consignar un dato importante en las caries de este hueso cual es la facilidad de confundirla al introducir el estilete con la denudación producida por una falsa ruta a causa de un sondaje inhabil.

A medida que la supuración va cediendo, disminuye también la fistula, siendo frecuente su obliteración y no rara su reproducción por un nuevo ataque inflamatorio; en ocasiones queda un pequeño orificio capilar por el que mana una gotita de líquido viscoso (fistula capilar de algunos autores).

Las adherencias producidas por ulceraciones ó inhábitos cateterismos disminuyen el calibre del conducto lacrino-nasal, constituyendo su estenosis y que generalmente ocupan la entrada del conducto nasal ó su terminación, sea vez todo el, pues solo se cita un caso visto por Hämmer. Esta obliteración suele acompañar inflamación, edema de la mucosa que apare-

ce de color violado y aspecto de Ferciopelo, con fis-
tula del saco en los casos de tumores. Tambien
esta soldadura, puede tener lugar sin tumor
y sin que fluya liquido alguno al comprimir
los puntos lagrimales, como acontece cuando no
está inflamada la parte mucosa situada por
encima de la estrechez, en cuyas circunstancias,
la secreción es sumamente ligera. Las afec-
ciones óseas, pueden tambien producir este-
rosis, sobre todo en los sifiliticos; los cuerpos
extraños y las neoplasias así como los rinofí-
tos son raros: los cuerpos extraños con más freuen-
cia observados son restos de sondas y cánulas
de Dupuytren según algunos autores.

En resumen podemos decir que todas
las afeciones lagrimales, tienen tal correlación

que su sintomatología es común, exceptuando los casos de dacriocistitis blenoráica cuyo diagnóstico nos ledía la salida del pus al comprimir el saco, pues los demás síntomas, epifora conjuntivitis y blefaritis etc., acompañan a todas las formas, son generales.

III

Entrando ya en la última parte de esta memoria hemos de ocuparnos del tratamiento de las afecções descriptas. Dos escuelas existen; la una fundada en el éxito pronto y cuya procedencia francesa tiene sus partidarios; la otra también extranjera se apoya en el éxito lento; ofreciendo la ventaja de su armonia con la función del aparato lagrimal.

con su fisiología tratando de restablecer la función suspendida, por medios suaves.

Decidirse por una u otra escuela, sería sistemático pudiéndonos inducir a inoportunas intervenciones, puesto que los apasionamientos en este como en otros órdenes de la vida, solo conducen a un fin muchas veces contraproducente.

Lo primero que debemos tener en cuenta es la indicación suministrada por el paciente, pues si se nos presenta para que corrijamos su epifora no iremos directamente a destuir el saco lagrimal ni a introducir el estilete nº 6 de Bozeman y menos aún a extirpar la glándula lagrimal. La epifora deberáse estu-

ditar su causa, esto es lo más lógico y racional. Si como es lo frecuente aquella depende de un obstáculo al libre curso de las lagrimas, dilataremos el punto lagrimal con el cuchillo de Weber si es preciso, e introduciremos el estilete n° 1 de Bowman, siempre con gran precaución pues en las vias lagrimales como en las urinarias la habilidad no consiste únicamente en saber avanzar sino en retroceder a tiempo, para no abrir una falsa ruta. No es pues más hábil el que más pronto introduce la sonda, sino el que mejor lo hace y con menos molestias para el paciente.

Una vez hecha la dilatación puede inyectarse con la geringuilla de Ansel una solución

astringente á la vez que desinfectante como es la de cloruro de zinc al P o 1 $\frac{1}{2}$ por % con lo cual se limpia el saco lagrimal: antiguamente (y aún hoy se usan algunos) se injectaban una solución de brea que no dan malos resultados, pero nosotros siempre hemos preferido la de cloruro de zinc, continuando su uso en colirio.

En la dacriocistitis, el objeto que nos hemos de proponer es restablecer el curso de las lágrimas á la vez que combatir el estancamiento producido por los productos segregados. Nada mejor que el método inglés de Bosman, dilatando el punto lagrimal como antes hemos indicado e introducir el n° 1 ó 2 dilatadores cuando el estilete tropieza con la pared ósea del saco si se trata de una simple estrechez, pero en la

dacriocistitis, se precisa sondar todo el conducto. Pareceremos ocioso describir la manera de practicar el cateterismo y solo indicaremos la primera condición precisa, es la educación del tacto, para saber con que se tropiega, y en que puntos, pues conocidas la anatomía de la región, se conoce la dirección que se ha de dar á la sonda; horizontal primero, rasando con el borde libre del párpado y después describir un arco de circulo hasta hacerle casi vertical, rasando con el reborde orbitario superior; ó más exactamente como dice Arth, en la dirección de una linea que bajando desde la escotadura del reborde orbitario superior, terminara en el surco naso-genial; de modo que la extremidad superior de la sonda esté ligeramente inclinada hacia el

Temporal.

Cuando se opera por el conducto lagrimal superior empiezase por estirar el borde palpebral, se dilata el punto lagrimal e introducese el cuchillo de Weber primero verticalmente luego con el corte dirigido hacia abajo paralelamente al borde palpebral.

En el tumor lagrimal ó la fistula del saco la incisión debe llegar hasta la carinuela, oírese por uno u otro conducto. Otto Becquer recomienda se haga por el punto superior desitiando antes el ligamento palpebral interno: así se vacía el saco con facilidad pudiendo emplear inyecciones astringentes y desinfectantes que hagan regresar la mucosa a su estado normal y restablezcan la permeabilidad del conducto.

Si el tumor lagrimal es agudo, com-

batiéremos la flagrosis por los medios ordinarios, a menos que el flemón esté próximo a perforarse en cuyo caso practicamos una incisión que sobre exceder el pus nos permite, llegar directamente al saco, haciendo un lavado y desinfección con el sublimado etc -- y hasta cauterizare débilmente con la tintura de iodo diluida, ó con la solución de cloruro de zinc a 5% teniendo la precaución de obtruir los puntos lagrimales con algodón hidrófilo para evitar la salida del líquido hasta que se vacie por completo aquél.

Aún despues de proceder á la abertura del saco por la piel siempre preferible á la esponjánea, débese practicar el sondaje de los conductos que es el tratamiento racional, limpian dolo con las substancias antisépticas ya dichas,

siviéndolos de las sondas huecas, retirando el es-
filete ^{mandíbula} después de introducidas; ó siviéndolos de
las de Galzouski en forma de regadera. Tanto
con una como con otra débese retirar poco a po-
co al mismo tiempo que se inyecta por ella.

La duración del tratamiento segun el metodo
de Bowman es pescado, en menos de 6 á 10 sema-
nas no se suela conseguir y en esto se fundan
los partidarios del metodo rápido ó sea la dilata-
ción y destrucción del saco. Si el resultado
es inmediato sus consecuencias suelen ser fa-
ustas pues sobre persistir el lagrimo se obs-
truye el calibre del conducto lacrimo-nasal.

Nosotros hemos obtenido los mejores resultados
con el tratamiento mixto, cateterismo e inyeccio-
nes pues el clásico de Bowman solo consiste en el

Sondaje.

Algunos autores aconsejan cuando estos medios son ineficaces la operación de Stilling (estrikuromica) conocida con este nombre por más que Hecker reclamó su prioridad. El procedimiento consiste en penetrar con el cuchillo que lleva su nombre hasta el canal nasal, cortando el ligamento palpebral interno, colocando después la sonda nº 6 de Bozeman. Este procedimiento no excusa el sondaje consecutivo algunas semanas.

La abertura y destrucción de la pared anterior del saco, fue ensayada antes que por Petit por Stahl valiéndose de una cuerda de guitarra y Monro con una sonda hueca hasta que el primero práctico una incisión ~~de~~ la pared anterior del saco por debajo del ligamento palpebral interno. Esta operación es buena para extirpar

cuerpos extraños ó funores ó para dar salida al pus en la docriocistitis agudas, disminuyendo la inflamación de los tejidos próximos y calmando los dolores, pero solo en casos excepcionales como antes indicamos cuando el pus tiende á producir una abertura en la piel nos decidimos á practicarla. La introducción de causticos en el saco para deshacerle, desde el lapiz de nitrato argentico, pasta de Canquoin, nitrato ácido de mercurio etc -- es contraproductiva énologica, puesto que por este medio, agotariase el pus pero si y la permeabilidad de las vias. Estas necesariamente habian de quedar obliteradas y por lo tanto el lagrimo persistiria, á no extirpar tambien la glandula lagrimal para ser lólogos pues la obliteración del saco no suele verificarse.

Recibrimos en ultimo término á la

aplicación de causticos suaves, como aconseja Landolt, pero siempre con prudencia.

Las inyecciones astringentes á la vez que desinfectantes por medio de la sonda Huaca, procurando retirarla lentamente al mismo tiempo que se inyecta, para que el liquido bane todo el conducto nos han dado siempre buenos resultados.

Recientemente ha preconizado el Dr. Morisot las inyecciones de agua oxigenada en la dacriocistitis crónica (1) Al efecto practica el cateterismo con el n° 3 de Bowman hasta que pase fácilmente poniendo despues con la geringa de Anel una inyección de agua oxigenada á 12 volúmenes en partes iguales con agua destila y hervida recientemente y á 30 grados de temperatura. Dice el autor que apenas llegados al saco unas gotas de inyección

(1) Revista de Medicina y Cirugia prácticas n° 714 pag. 240

aparece por los puntos lagrimales una ola de líquido, fenómeno debido al vacío originado por la combinación del oxígeno con las substancias albuminoides que obliga al pus a ascender por el conducto nasal; de manera que hay efectos antisépticos y mecánicos, por los cuales el conducto lagrimal queda completamente limpio. A los pocos días aconseja una nueva inyección con dos partes de agua oxigenada y una de agua destilada, hasta disminuir las sesiones dos ó tres veces por semana, inyectando en los días intermedios una solución de tanino con agua y glicerina. El pus reemplazado por un líquido seroso que no tarda en desaparecer. Como condición precisa aconseja no emplear sondas huecas para evitar que el conducto pierda sus propiedades capilares.

Aun cuando no hemos tenido proporción de emplear este método hasta el presente, lo creímos muy racional y de éxito seguro, atendiendo al poder desinfectante del agua oxigenada, que se hace ascender por algunos autores hasta el doble del sulfato de bórax corrosivo. Ocioso nos parece indicar tan de extremarse las precauciones asepticas en instrumentos y manos del operador para evitar complicaciones graves en ocasiones. Así describió el Dr. Viciana en "La Medicina valenciana", (1) un caso de flemón profundo de la órbita á consecuencia del cateterismo; si bien en este caso existía caries ^{del} unguis consecutiva á periositis traumática con fistula consecutiva y devoción del conducto lacrimo-nasal que se demostró por la imposibilidad de sondar con el n.º 1 de Bowman, limitándose á injectar por el punto fistuloso con la

(1) Revista de Medicina y Cirugia Prácticas n.º 710 pag. 58

cambiar curva de la geringa de Anel, una solución boricada dando ocasión quizá por la obturación de la fistula á la inflamación del tejido celular periorbitario y el flemón que puso en grave riesgo la vida del ojo y aún la del paciente puesto que las complicaciones meningeas no son raras en casos de esta naturaleza. En el caso que tratamos bien puede ser la obliteración de la fistula ó la infección llevada en un instrumento sin esterilizar.

Los detractores del método de Bossman, se fundan en que no da resultado quedando siempre epifora pero es preciso advertir que si ocurre así debe ser en la mayoría de los casos á la inconstancia del paciente que tolera cuatro ó seis semanas pero difícilmente más tiempo.

En cuanto a la fistula lagrimal suele

cicatrizar cuando las vías van adquiriendo permeabilidad, pero en caso de persistencia puede hacerse un avivamiento de los bordes y raspando para separar el tejido fungoso, suturando después.

Resumiendo lo expuesto deduciremos las siguientes Conclusiones.

- 1^a Las afecções de las vías lagrimales, por su frecuencia son dignas de la atención del médico general para que intervenga oportunamente y con conocimiento de causa
- 2^a La extirpación de la glándula lagrimal la encontramos indicada únicamente en los casos de tumores malignos
- 3^a En la epífora, la extirpación del citado órga-

no provoca accidentes graves, no corrigiéndose la molestia extirmando la porción palpebral.

4º La dilatación de los puntos lagrimales es el mejor medio de corregirla, debiéndole emplear en las dacriocistitis catarrales.

5º Díbese corregir la refracción en los casos de epifora cuando al comprimir el saco no dé salida a lágrimas.

6º En las dacriocistitis blenorreica y flemosa precisa el sondaje de todo el conducto previa dilatación y cuando amenace la abertura espontánea por la piel, débese desbridar pero practicando el sondaje al mismo tiempo para restablecer el calibre del conducto y el libre curso de las lágrimas.

- 7^a El sondaje practicado por el método mixto de Bowman, ó con inyección astringente ó desinfectante, constituye el tratamiento más racional.
- 8^a Solo en casos excepcionales díbese recurrir al procedimiento de Stilling.
- 9^a La fistula lagrimal, si no se oblitera con el sondaje, deben refrescarse sus bordes, raspando con la cucharilla el tejido fungoso del trayecto.
- 10^a Aun cuando las operaciones de este aparato son de poca importancia no debe omitirse detalle alguno de asepsia.



Colledo 30 de Setiembre 1903

François Pére Jaccard
y Bellatier

Admisible
José Doncel

Admisible
Ramón Jiménez

Admisible
Arturo de Pedroza

Verifico el ejercicio del grado
de Doctor y fue calificado de Aprobado
8 de febrero de 1904.

Arturo de Pedroza

31/2.

Federico Otero ^{M. C. Serrano}

Ramón Jiménez

León Gómez

