

36-4

~~Dr. Linn~~

Ca 2447

~~Dr. Roscoe~~

~~Dr. Jones~~

~~ENB~~

81-2-2-17

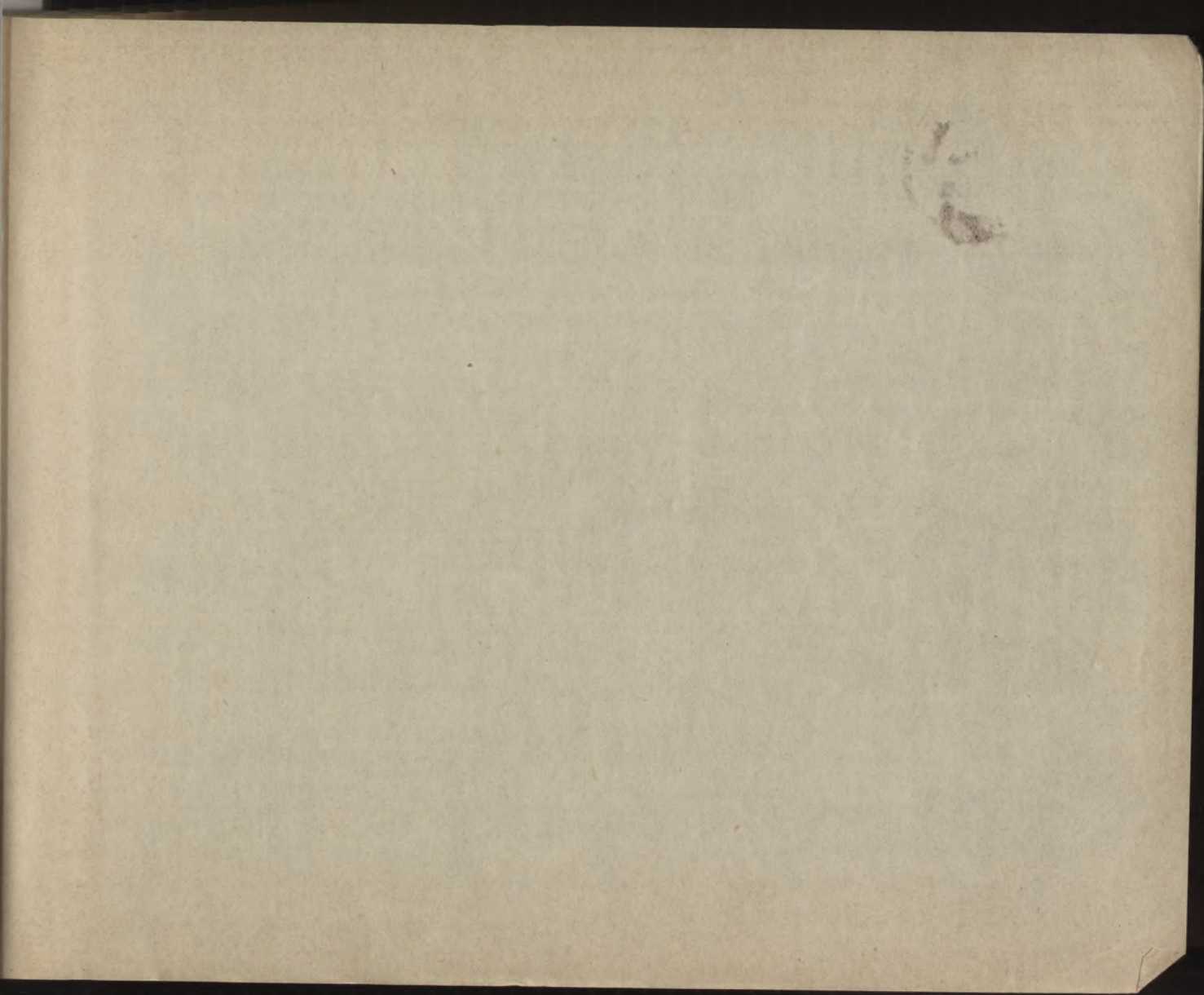
1780

Afecciones lagrimales y su tratamiento  
Memoria presentada

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

---





41  
Excmo Señor



El precepto inexcusable 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 práctica, y de haber saboreado sus amarguras, más pródigas siempre que las satisfacciones.

Como alumno de esta Facultad, donde curse toda la carrera, perdura en mí la gratitud hacia mis Maestros, de quien recibí la enseñanza y guiaron mis primeros pasos en



la clinica.

2  
ya casi todos ellos pasaron á mejor vida  
como los doctores D. Francisco <sup>de</sup> Castro, Magaz Leta  
mendi, Sanchez-Ocaña, Busto, Creus, Encinas, Pe  
reda, Yañez... y no pueden recibir pública manifes  
tación de mi agradecimiento, pero recibiendo  
los que aún viven y continúan enseñando á  
la juventud, su vasta ciencia, y nunca puedo  
olvidar sus consejos que tanto ~~me~~ sirven en la  
práctica. En cuanto á los dignísimos Catedrá  
ticos que reemplazan á aquellos, aún cuando me  
recibí sus directas enseñanzas en la cátedra,  
las adquirí en sus obras y trabajos que admiro,  
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 aún cuando el campo de la ciencia es muy dilatado, esta misma extensión hacíame 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 que asunto elegir, llegara á mis manos, una de nuestras Revistas científicas, en la que leí las conclusiones del D<sup>r</sup> Castresana, presentadas en el XIV Congreso internacional sobre "el tratamiento quirúrgico de las afecciones de las vías lagrimales", decidiéndome á escribir la Memoria, sobre las afecciones indicadas, en las que mi afición, hizo me tener alguna experiencia, y á la vez ser yo caso práctico.



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 (glándula lagrimal) y despues el aparato de excreción, ó desague; en la segunda nos ocuparemos de las afecciones de todo el aparato, incluyendo las de ~~las~~ glándulas 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 jueces que me escuchan confío este modesto trabajo, en la seguridad han de prestar su benévola atención que sentiría fatigarse 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 Anatomia 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 desagüe de las lá-



grimas despues que han lubrificado el globo<sup>6</sup> ocular y los párpados, es decir toda la conjuntiva.

Es tan importante el papel que desempeñan las lágrimas en la mecánica del ojo, que no sólo sirven para facilitar sus movimientos, á la manera que las grasas en las máquinas, y disminuir el rozamiento y desgaste natural de estas, no ya tampoco tienen el exclusivo papel de impedir que los cuerpos extraños como el polvo impalpable puedan permanecer en contacto con el globo ocular, sino que además previenen las consecuencias de la evaporación que naturalmente habia de ocurrir en una superficie como el globo ocular ~~expuesta~~ <sup>las</sup> expuesta al aire; asegurando de este modo



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

«La Anatomía comparada nos enseña que los animales que viven dentro del agua (peces) carecen de glándula y aparato lagrimal, 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 a 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) Cestut = Tratado de Anatomía humana. 6<sup>o</sup> 3<sup>o</sup>.

(2) Id. Loc. cit.



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 lagrimeo, 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 tambien por ciertos defectos de refracción o acomodación, por gran número de estados patológicos del ojo, por agentes cósmicos físicos ó químicos y por afectos psíquicos; pues aunque las lágrimas no son para llorar, el llanto es un acto

2.

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

La glándula lagrimal, pertenece al grupo de las aracnoides y para su estudio dividida los anatómicos en dos partes, una superior u orbitaria que es la mayor y 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 o glándula



la accesoria de Rosenmüller, siendo de <sup>10</sup> im  
portancia conocer los límites de estas dos por-  
ciones y sus relaciones bajo el punto de  
vista operatoria. Envolta la parte supe-  
rior, en una atmósfera célulo-fibrosa, apla-  
nada de arriba ~~a~~ abajo, prolongada en sen-  
tido transversal y siendo su tamaño el de  
una almendra, nos ofrece para su estudio (1),  
dos caras: una supero-externa y otra supero-  
interna; dos bordes, anterior y posterior, y  
dos extremidades interna y externa. La ca-  
ra supero-externa es convexa y correspon-  
de a la bóveda orbitaria ó más exactamente  
al periostio. La cara supero-interna es ligero-  
mente cóncava, descansa a la vez sobre el mi-  
n

(1) Gestut - Anatomia humana - Pl. 3°



culo elevador del párpado superior, en su <sup>11</sup> ex-  
pansion lateral y sobre el recto externo. El bor-  
de anterior es delgado y se dirige paralelamen-  
te á la arcada orbitaria; 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 pár-  
pado superior y la externa sobre el recto exter-  
no, descendiendo la última hasta la sutura  
fronto-malar, que nos puede servir de guia  
ó punto de referencia cuando tratemos de es-  
tirpar este órgano.

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



perior, 20 mm de longitud, 12 mm de latitud <sup>12</sup> y 5 mm de espesor.

La porción inferior ó palpebral compuesta de una reunión de glomérulos, según Sappey en número de 15 á 40, aplastada de arriba, y abajo y tiene forma irregularmente cuadrilátera; su cara superior está en relación con el tendón del elevador y su cara inferior corresponde al tejido celular-fibroso de la órbita y á la conjuntiva.

No hay conformidad en los autores, respecto al número de conductos de excreción, pues mientras unos como Sappey admiten de tres á cinco principales en la porción orbitaria de las glándulas; otros como Gosselin, admiten solo dos de esta porción y de seis á ocho en la palpebral. Tanto unos conductos, como otros permanezcan independientes ó separados los de ambas porciones, ó se junten con los salidos



de la porción orbitaria, existen en el hombre de 6 á 10<sup>13</sup> conductos, encargados de verter las lágrimas en la conjuntiva, según Cestut (I)

La glándula lagrimal que como antes indicamos pertenece al grupo de las arracimadas, tiene mucha semejanza con las salivares, sobre todo con las parotidas, dividiéndose como estas en lóbulos, lobulillos y estomacillos, constituidos por una membrana ~~propia~~ <sup>fina</sup> con su capa epitelial en la cara interna.

La membrana propia se creyó algún tiempo era amorfa: está formada por células aplanadas, unidas por prolongaciones en bastante número; tienen núcleo redondeado quizás de naturaleza conjuntiva. El epitelio lo constituyen una fila de células cúbicas adosadas unas á otras con su correspondiente núcleo esférico. Difiere de este epitelio el secretor si se compara la glándula en reposo con la misma

(I) Cestut. Anatomia humana 7<sup>o</sup> - 3<sup>o</sup>



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 oscuras y granuladas.

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 envia 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.

Descrito á la ligera el aparato secretor de las lágrimas, vamos á ocuparnos del que pudiéramos llamar de desagüe ó aparato lagrimal propiamente dicho. Compónese 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 > (tendida) 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.



El conducto lagrimal inferior desciende verticalmente, recoda despues y con alguna oblicuidad dirigese hacia arriba, adentro y atras para terminar como el superior, en el saco lagrimal. Estos son revestidos de mucosa, careciendo de papilas, siendo su epitelio pavimentoso. Estos dos conductos reunense en uno adoptando la forma de una  (tendida), hecho constante segun Sappey, pues Hieschke afirma, que los dos conductos desembocan aisladamente el 85 por % de casos y Merkel ha encontrado tambien la desembocadura aislada con bastante frecuencia. Estos conductos presentan un orificio situado en las carunculas lagrimales, eminencias conicas existentes en el borde libre de los parpados, frente al repliegue semilunar,



17

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

El saco lagrimal constituido igualmente por una fibro-mucosa, está situado en el canal lagrimal formado por el unguis y la apófisis ascendente del maxilar superior: su longitud es de 10 á 15 mm y su anchura de 4 mm segun Artt, estando cerrado en la parte superior, formando una especie de cúpula y abierto en la inferior continuándose con el conducto nasal. La extremidad superior corresponde á nivel de la apófisis orbitaria externa y la inferior, está detrás del tuberculo de Lisfrank. 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 tendón reflejo del orbicular. Su mucosa está revestida de epitelio cilindrico y vibratil segun Sappey, Kocher, Merkel, Mayer y otros, pero desprovisto de pestañas vibrátiles segun Manfredi. Esta mucosa termina en su parte inferior por unos repliegues que impropiamente se han llamado válvulas de Rosenmueller y Bernard. Existen además glándulas muciparas a las que este ultimo autor atribuia gran importancia en el desarrollo del tumor lagri-



mal, pero Robin y Cadet no las admiten. <sup>19</sup>(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, conduciria las lágr-  
mas al seno maxilar, en vez de llevarlas

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



a la fosa nasal correspondiente. Tiene mucha importancia este dato, por más que la operación apuntada ha caído en desuso ~~xx~~ desde que Bowman introdujo el método que despues estudiaremos.

Continuándose el saco lagrimal con el canal nasal cuya longitud es de 12 a 20 mm y un milimetro próximamente de calibre, se encuentra aplastado en el sentido transversal, de su extremidad superior, siendo cilindrico el resto de su extensión.

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



sondaje por el método de Bowman. La <sup>21</sup>do-  
ble inclinación de este canal tenía impor-  
tancia cuando se sondaba de abajo arriba  
por el procedimiento de Laforest, hoy en desu-  
so.

Ponteau observa que el eje del canal nasal se  
separa más del plano medio en los individuos  
de nariz aplastada; y el célebre oculista austri-  
co Arlt, afirma ser más frecuente la dacriocis-  
titis en la raza hebrea por las grandes dimen-  
siones de su nariz. Además de su oblicuidad,  
presenta el canal nasal una curva ligera, de  
concurvidad anterior y externa, dato que tam-  
bien precisa saber, para el sondaje, y por  
el cual todas los autores aconsejan las son-



22  
das de Bowman que por su flexibilidad se  
les puede dar la curvatura necesaria. Final-  
mente 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 á Cruveilhier en la existencia de una vol-  
vuta, cuando únicamente son repliegues en los  
que la sonda mal dirigida se detiene. Toda  
esta región se nutre á expensas de numerosas  
vasos que serpean la mucosa, inervada por  
ramillos del dentario superior y por el file-  
te del ramo nasal de la rama oftálmica  
de Willis.

El borde libre de los párpados, está co-



Teado por un manajo 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 lagrimal del ungüis al ligamento palpebral externo, de cuyas fibras, una parte ha recibido el nombre de músculo de Horner y va á insertarse al tendón reflejo del orbicular. Estos datos anatómicos explican una de las teorías del paso de las lágrimas por el canal lácrimo-nasal.

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



neutra segun Gabenourki; el cual afirma <sup>24</sup> ha  
ber encontrado reaccion ácida en los fisicos y  
reumáticos. Emmert de Berne, encontró cons-  
tantemente reaccion alcalina en el estado  
normal, afirmando que esta alcalinidad  
aumenta en las afecciones lagrimales de la  
que puede ser causa, lo cual es muy discuti-  
ble. Encuéntrase en el humor lagrimal,  
sales como el cloruro de sodio, fosfatos, ter-  
reos y alcalinos, agua albumina y partes  
sólidas, moco y grasa.

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



el primero que estudió esta afección dice que la sequedad de los ojos, depende de la obstrucción de los canales excretores de la glándula. La afirmación de que la secreción 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 Xeroftalmos, el hecho de que estando afectada la córnea y difícil de irritar por los agentes físicos o químicos, no favorece la secreción lagrimal; esta idea fué sustentada por Schirmer. Otros autores, como Arlt, han observado en el Xeroftalmos la atrofia de la glándula lagrimal y Salomón cita el caso de un



recien nacido, que no vertia lágrimas, más que cuando se le irritaba el fondo del saco conjuntival.

Más conforme nos parece la observación de Artt; es decir, que la sequedad del ojo ó Xeroftálmos, 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, suprime tambien 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 descrito por Graefe en el que habia blefarospasmo, se observó una

27  
hipertrofia de la glándula lagrimal, como consecuencia; y Schirmer tambien observó lo mismo en la Keratitis flictenular y Mooren en el Tracoma.

Asi como la anestesia del trigemino suprime la secreción lagrimal, las irritaciones ó excitaciones de su primera y segunda rama, la aumentan, asi acontece en la hemiciánea

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 sifon. Vinieron despues la pneumática y la del poder absorbente de los puntos lagrimales y finalmente la de la capilaridad. Créese por algunos que el pestañeo favorece el paso de las lágrimas merced á



un movimiento espiroidal del párpado inferior, en cuyo fondo de saco, se acumulan por razón de su pesanter, y por esta circunstancia, y por el auxilio del musculo de Horner, pasan por los puntos lagrimales del al canal lácrimo-nasal.

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

El ruso Demtschensco ideó la teoría de la "vis à tergo", por contracción del orbicular, á la que impugnaron Giraud-Genlon y Rave, diciendo era inadmisibile porque la acción de aquel musculo no es constante (I).

Más ingeniosa la teoría nemmática, supone que por la dilatación activa del saco hiciase en este

(I) Annales d'Odontologie, T.<sup>o</sup> 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; deduciendo que la contracción muscular no tenía acción ninguna al paso de las lágrimas. A esta teoría se ha objetado que las lágrimas circundan á través de los conductos en casos de fistula como frecuentemente se observa, á 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 Rossmann, puesto que sustituye una rama capilar á 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



por el musculillo de Horner que cada vez que se cierran los párpados, retrae la pared posterior del saco lagrimal ensanchándolo y aspirando de este modo las lágrimas. (1) cuya teoría hemos visto anteriormente fué combatida por Weber.

El papel que la evaporación desempeña en el curso de las lágrimas sirvió a Hare 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 Formasol, obturándolo después; á continuación instila un colirio de ácido cítrico que por su paso al saco decolora el Formasol. En otro experimento obtura herméticamente el canal nasal en el extremo inferior del saco con un tapón de caucho e instila el

(1) Lamelois: Fisiología humana 6<sup>o</sup> 2<sup>o</sup>



colirio citado, observándose que el Formosol no se <sup>31</sup> ~~de~~  
colora, deduciéndose que el colirio <sup>de</sup>ácido cítrico  
no ha penetrado en el saco; y por consecuencia el  
lagrimeo y hasta el paso de las lágrimas al saco  
dependen de los movimientos que los dos tiempos  
de la respiración imprimen al aire, hacia el orifi-  
cio del canal nasal. Ahí, realiza un tercer experimen-  
to: comienza por cerciorarse del fácil paso de un co-  
lirio de ácido cítrico ó sulfato de sosa á la nariz, ta-  
pando herméticamente el orificio posterior de la fo-  
sa nasal correspondiente, observando entonces que aque-  
llos colirios no llegan á la nariz, de lo cual deduce que  
la falta de corriente inspiratoria es la verdadera cau-  
sa que impide el paso de las lágrimas, concediendo  
una pequeña influencia á la evaporación resulta-  
do de la oclusión nasal (I)

(I) Annales d'Odontologie



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

1.<sup>a</sup> "Que las lágrimas son conducidas del ángulo externo del ojo a los puntos lagrimales en virtud de dos fuerzas físicas; la pesantería y la capilaridad ayudadas por la contracción del orbicular.

2.<sup>a</sup> "Que el saco lagrimal y el canal nasal se llenan de lágrimas bajo la influencia de la capilaridad ayudadas por la contracción del orbicular.

3.<sup>a</sup> "Que las lágrimas desatojan el canal lacrimo-nasal gracias a la acción combinada de dos fuerzas físicas; la evaporación secundada por la acción mecánica de la corriente aérea y otra menos activa la pesantería agregándose la acción del muscútillo de Horner cuya influencia es muy limitada. (1)

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



Seguendo el orden establecido, despues de exponer las nociones anatómicas y fisiologicas del aparato lagrimal, hemos de comenzar su patologia, ocupando el primer lugar la de la glándula.

La dacrio-adenitis ó inflamación de la glándula lagrimal de forma aguda, presentase con rubicandez de la region, sensacion de tirantez, de tension 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; entorces se despierta un dolor lancinante. La inflamación del tejido celular que rodea la glándula no se hace esperar mucho tiempo, formándose un flemón cuya consecuencia es producir el exoftalmos con la limitacion, consiguiente de los movimientos oculares;



generalmente acompañado de fiebre aún en los casos leves, y en los graves de delirio y somnolencia. Según Galzowsky 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 terminarse por resolución, quedando alguna induración que desaparece lentamente; y puede terminarse 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 obturarse, 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) Galzowsky: *Revue d'ophtalmologie* = 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 análi-  
sis microscópico nos revelará los elementos celulares  
que se presentan en la secreción.

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

---

(1) Recueil de' ophthalmologie - Febrero 1881



36  
Esto confirma también la opinión de Graefe de haberla observado en algunas afecciones del globo ocular, iritis é irido-koroiditis.

El tratamiento más oportuno en la forma aguda son los alterantes y anti-flogísticos, aun cuando las emisiones sanguíneas locales, no suelen ser precisas á no observarse gran congestión en las regiones próximas. Los fomentos aromáticos calientes y mejor lo de agua fenicada 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 sintomatología en



37

Todos los casos: exoftalmos de desarrollo lento dirigi-  
do generalmente hacia abajo y adentro dificultando  
ó imposibilitando los movimientos del globo ocular  
sobre todo del lado externo, originando la diplopia,  
cuando se obliga á mirar hacia este lado. Puede  
confundirse alguna vez con un absceso retro-orbita-  
rio, pero el tacto nos puede revelar si pertenece á la glán-  
dula. 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, quémio-  
sis conjuntival, tomando los vasos color rojo, vino  
so indicio de la dificultad en la circulación de re-  
torno: en ocasiones suele presentarse pannus corneal.  
Si el examen oftálmoscópico es factible, percibense



Los mismos trastornos circulatorios (hiperemia <sup>38</sup>óptico-papilar, edema peri-papilar) que invade hasta la retina juntamente con los trastornos de la agudeza visual de que suele quedar la miopía como consecuencia.

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

Como tratamiento, es conveniente la punción exploradora para asegurarnos si se trata de una inflamación crónica de la glándula, haciendo el análisis del líquido extraído y en su consecuencia proceder al tratamiento radical, la extirpación de la glándula y partes vecinas.

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



párpado superior á la ~~larga~~ de la mitad externa del reborde orbitaria, procedimiento que fué modificado por Abadie. Existe tambien el procedimiento de Valpeau, segun el cual se ataca la glándula por el seno conjuntival dilatando previamente la comisura temporal.

El dacriops ó quiste de la glándula no es muy frecuente y cuando se observa, forma una tumorecición que en ocasiones alcanza gran tamaño, con sensación de peso y lagrimeo; apreciándose en el fondo de saco conjuntival un tumor semitransparente, rodeado de una membrana lisa, delgada; y que al ser comprimido aquel suele dar salida á alguna lágrima que indica el orificio exterior del quiste y á través del cual puede, en ocasiones practicarse el sondaje del canaliculo distendido.

Puede el dacriops supurar, presentándose



los síntomas de la dacrio-adenitis aguda, dando lugar á una serie de molestias de las que es precisa librar al paciente. Si no está complicado con fístula, su curación no es difícil, bien por medio de sedales como aconseja Graefe ó bien por la abla-  
ción de la pared anterior del quiste (procedimien-  
to de Wecker)

La complicación de dacriops con fístula consti-  
tuye una de las variedades de fístula glandu-  
lagrimal abriéndose un orificio en la mitad tem-  
poral del párpado superior, por el que fluye la  
lágrima. Puede presentarse también la fístula  
como consecuencia traumática espontánea ó  
quirúrgica sin complicación de dacriops. Es-  
ta fístula suele ser rebelde á todo tratamien-  
to si se abandona el paciente, pues si ha de os



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 oblitera la abertura cutánea, muy parecido á lo que hace Graefe en el dacriopt.

Más ingenioso es el procedimiento de Hulke: al efecto enhebra dos agujas en un mismo hilo, penetrando 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 amarrar 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.

La litiasis calcárea, preséntase raramente y como todo cuerpo extraño, provoca dolores, también epifora y conjuntivitis, pudiendo llegar al desgarramiento 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 excreción, ó de desagüe de las lágrimas, ha de ocuparnos en primer término la epifora, que se presenta siempre que las lágrimas encuentran un obstáculo.



cule a su curso en el conducto lácrimo-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 (astropia acomodativa) y la desviación de los puntos lagrimales que pueden hallarse invertidos ó situados anormalmente. En el estado normal se ven al no ramversar 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 externo, 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 semilunar. 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 aun 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 despues del cateterismo ó la uretrotomia, que en el lagrimal, cuyas afecciones son muy pertinaces.

El tratamiento de la epifora desespera muchas veces



al médico por su rebeldía y dígase lo que se quiera, el único ~~tratamiento~~ es el de Borman, convirtiendo el punto lagrimal en ramura por medio de las Fijeras de su nombre, introduciendo previamente un punzón *ad hoc*. Más comodo es el cuchillito 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 a la práctica de recorrer todo el trayecto; hecha esta pequeña herida se precisa entubar sus labios 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 inútil, pues solo desaparecerá agnelli eligiendo al paciente las lentes apropiadas. Débese pues reconocer la agudeza visual antes de proceder a la operación como acostumbraamos a practicar, pues hemos sido consultados alguna vez por



pacientes en que el lagrimeo persistia á pesar de la dilatación del punto lagrimal y encontramos la causa en el defecto de la refracción.

Hay quien propone la extirpación de la glándula ó parte de ella para corregir la epifora y no hace muchos meses se sostenia esta discusión en la Academia médico quirúrgica. Sin que tratemos ni mucho menos de sentar doctrina sobre este punto, parecenos tan baladí el motivo para acudir á una operación de esa índole que ni por consideracencia la practicaríamos, pues en este caso puede resultar cierto el dicho vulgar de que el remedio sea peor que la enfermedad.

Ya dijimos el importantísimo papel que las lágrimas desempeñan; y suprimiendo la glándula necesariamente se ha de encontrar el globo ocular sin ese líquido que constantemente la baña, librándole 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 extirpación es de la mitad palpebral de la glándula, es natural que la secreción disminuya y corrija algo la epífora, pero hacer una operación cuenta para obtener con certeza éxito á medias, no vale la pena á nuestro modo de ver y óptariamos siempre por decir al paciente la verdad.

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



la dilatación del punto y aun 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 o transversales; en el primer caso ninguna importancia revisten pues cicatrizarán con facilidad, como acontece cuando se dilatan con el cuchillito de Weber. Tan raro es que se presente que nosotros no hemos visto ningún caso.

Más frecuente es la obstrucción é impermeabilidad de los conductos lagrimales, pudiendo estar determinadas por cuerpos extraños como pestañas etc--- y también por orzuelos y granitomas ó por verdaderas estrecheces orgánicas ó cicatriciales y cuyo tratamiento dependerá 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 extirparlo: los síntomas que acompañan son dolor y lagrimeo 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 génesis; pero existen afecciones de origen inflamatorio con, y sin fistula consecutiva, estrecheces y obstrucciones del conducto nasal, que pueden ser orgánicas ó reconocer otras causas como traumatismos, neoplasias, cuerpos extraños etc ---

Para mayor claridad, á la vez que método dividiremos estas afecciones como lo hacen la generalidad de los oftalmólogos en tres grupos: 1.<sup>o</sup> Dacriocistitis, 2.<sup>o</sup> Fistula lagrimal y



3º-estenosis. En las dacriocistitis sus tres formas catarral simple, blenorreica y flemonosa 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 é hipersecreción, reconociendo como causa un catarro nasal ó una conjuntivitis, dando lugar á una hipercria en todo el conducto, cuya mucosa se hincha produciéndose 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 despreñidas 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 conductos inflamatorios como glóbulos blancos escapados de los vasos por diapedesis, 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



engruesa por aflujo de sangre en sus capilares tambien engrosados; y este estado congestivo con la inhibición propia del tejido mucoso contribuye á la larga á obstruir incompletamente el canal lagrimal excepto el saco, no solo por su mayor capacidad, sino tambien por la acción constante del pestaño.

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



consiguiente, dificultan la entrada del aire, precisando abrir la boca para respirar. La obstrucción pues del conducto lagrimal contribuye, a que las lágrimas se depositen ó acumulen en el saco, distendiendole lentamente y transformandole en un receptáculo, constituyendo el tumor lagrimal que fácilmente se vacía por la compresión y cuyo diagnóstico no ofrece dificultad alguna.

Galezowski, admite una forma de conjuntivitis que llama lagrimal en la cual la inflamación se extiende al repliegue semilunar y caruncular: aun cuando no constituyen una entidad nosológica la consignamos por respecto a tan distinguida perso-



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, coexistiéndose el punto lagrimal inferior, dando lugar a un círculo vicioso entre la blefacitis, la epifora y la conjuntivitis.

Aglomerados en el saco lagrimal los elementos morbosos producto de la inflamación, distiéndose su envoltura fibrosa, distensión que el eminente Artl dice va acompañada de un estado atónico 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 *Makense* inoculo.

Cuando se trata de vaciar el saco por compresión, es frecuente encontrar resistencia, dando al tacto una sensación como de crujiódo ó crespación. 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 verificase 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 blenorráica... distingue únicamente de la anterior por los caracteres de la secreción y sus lesiones anatómo-patológicas. 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 hipertrofia dando lugar á unas asperezas, e infectándose 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 oportuna y eficazmente; es decir



restableciendo el curso de las lágrimas o desinfectando el conducto nasal, es lo más probable la formación del flemón que una vez constituido provoca irritación en los tejidos periambitales y hay un estasis inflamatorio que los antiguos designaban con el nombre de dacriocisto-blenostasis. 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 camino, cesando los agudos dolores del paciente.



Establecida la comunicación del saco con la piel,  
fórmase la fístula lagrimal que por lo común es  
de trayecto corto y recto. Cítanse casos de haberse  
formado la fístula en el fondo de saco conjun-  
tival y hasta algunos de caries y necrosis del  
~~del~~ ungüis vertiéndose el pus á las fosas na-  
sales; pero esto es muy raro. Solo tenemos no-  
ticias de un caso publicado por el Dr.<sup>e</sup> Lo-  
pez - Ocaña en que se eliminaban secues-  
tros, pero indudablemente se trata de indivi-  
duos sífilíticos por lo general. Conviene consig-  
nar un dato importante en las caries de este hue-  
so cual es la facilidad de confundirla al introdu-  
cir el estilote con la demudación producida por una  
falsa ruta á causa de un sondaje intubil.



A medida que la supuración vá cediendo, disminuye tambien 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 liquido viscoso (fistula capilar de algunos autores).

Las adherencias producidas por ulceraciones ó inhábiles cateterismos disminuyen el calibre del conducto lacrimo-nasal, constituyendo su estenosis y que generalmente ocupan la entrada del conducto nasal ó su terminación, rara vez todo el, pues solo se cita un caso visto por Hasner. A esta obliteración suele acompañar inflamación, edema de la mucosa que apare-



ce de color violado y aspecto de terciopelo, con fistula 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 las sifiliticas; los cuerpos  
extraños y las neoplasias asi como los rino-  
litos son raros; los cuerpos extraños con más frecuen-  
cia observados son restos de sondas y cánulas  
de Dupuytren segun algunos autores.

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



que su sintomatología es común, exceptuando los casos de dacriocistitis blenoréica, cuyo diagnóstico nos le da 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 afecciones descritas. 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 armonía 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 á inoportunas intervenciones, puesto que los apasionamientos en este como en otros órdenes de la vida solo conducen á 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 á destruir el saco lagrimal ni á introducir el estilote n.º 6 de Bowman y menos aún á extirpar la glándula lagrimal. La epifora deberáse estu-



diar 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, é introduciremos el estilote 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 geringilla de Anel una solución



astringente á la vez que desinfectante como la de cloruro de zinc al 1 ó  $\frac{1}{2}$  por % con la cual se limpia el saco lagrimal: antiguamente (y aún hoy se usan algunos) se inyectaban una solución de breá que no da 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 Bossman, dilatando el punto lagrimal como antes hemos indicado é introducir el n.º 1 ó 2 deteniéndolos cuando el estilite tropiece con la pared ósea del saco si se trata de una simple estrechez, pero en la



dacriocistitis, se precisa sondear todo el conduc-  
 to. Parecenos ocioso describir la manera de prácti-  
 car el cateterismo y solo indicaremos<sup>te</sup> la primera  
 condicion precisa, es la educacion del Facto, pa-  
 ra saber con que se tropieza y en que punto, pues  
 conocida la anatomia de la region, se conoce la  
 direccion que se ha de dar á la sonda; horizontal  
 primero, rasando con el borde libre del párpado  
 y despues describir un arco de circulo hasta hacer-  
 le casi vertical, rasando con el reborde orbitario  
 Superior; ó más exactamente como dice Artl,  
 en la direccion de una linea que bajando  
 desde la escotadura del reborde orbitario su-  
 perior, 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 empíezase por estirar el borde palpebral, se dilata el punto lagrimal e introdúcese 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 incision debe llegar hasta la carúncula, opere por uno u otro conducto. Otto Becquer recomienda se haga por el punto superior desligando antes el ligamento palpebral interno: así se vacía el saco con facilidad pudiendo emplear inyecciones astringentes y desinfectantes que hagan regresar la mucosa á su estado normal y restablezcan la permeabilidad del conducto.

Si el tumor lagrimal es agudo, com



bateremos la flogosis por los medios ordinarios, á menos que el flemón esté próximo á perforarse en cuyo caso practicamos una incisión que sobre evacuar el pus nos permite, llegar directamente al saco, haciendo un lavado y desinfección con el sublimado etc - - y hasta cauterizarle débilmente con la tintura de iodo diluida, ó con la solución de cloruro de zinc á 5%. Teniendo la precaución de obstruir los puntos lagrimales con algodón hidrófilo para evitar la salida del líquido hasta que se vacue por completo aquel.

Aun despues de proceder á la abertura del saco por la piel siempre preferible á la espontánea, débese practicar el sondaje de los conductos que es el tratamiento racional, limpiándolo con las sustancias antisépticas ya dichas,



serviéndonos de las sondas buccas, retirando el es-  
tilet<sup>o</sup> <sup>mandril</sup> despues de introducidas; ó serviéndonos de  
las de Galzousski en forma de regadera. Tanto  
con una como con otra débese retirar poco à po-  
co al mismo tiempo que se inyecta por ella.

La duración del tratamiento segun el método  
de Bowman es pesado, en menos de 5 à 10 sema-  
nas no se suele conseguir y en esto se fundan  
los partidarios del método rápido ó sea la dila-  
tación y destrucción del saco. Si el resultado  
es inmediato sus consecuencias suelen ser fu-  
nestas pues sobre persistir el lagrimeo se obs-  
truye el calibre del conducto lácrimo-nasal.

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



Sondaje.

Algunos autores aconsejan cuando estos medios son ineficaces la operación de Stilling (estric-turotonica) 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 n.º 6 de Boorman. 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 practicó una incisión ~~de~~ la pared anterior del saco por debajo del ligamento palpebral interno. Esta operación es buena para extirpar.



cuerpos extraños ó tumores ó para dar salida al pus  
 en la docriocistitis agudas, disminuyendo la infla-  
 mación de los tejidos próximos y calmando los do-  
 lores, pero solo en casos excepcionales como antes in-  
 dicamos cuando el pus tiende á producir una  
 abertura en la piel nos decidimos á practicarlo.  
 La introducción de causticos en el saco para des-  
 truirle, desde el lapiz de nitrato argéntico, pasta de  
 Canquoin, nitrato ácido de mercurio etc -- es contra-  
 producente en ilógica, puesto que por este medio,  
 agotariase el pus pero ¿y la permeabilidad de  
 las vias? Estas necesariamente habrían de que-  
 dar obliteradas y por lo tanto el lagrimeo persis-  
 tiria, á no extirpar también la glándula lagra-  
 mal para ser lógicos pues la obliteración del Saco  
 no suele verificarse.  
 Recurrimos en último termino á la



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

Las inyecciones astringentes á la vez que desinfectantes por medio de la sonda hueca, procurando retirarla lentamente al mismo tiempo que se inyecta, para que el líquido bañe 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.º 3 de Bowman hasta que pase facilmente poniendo despues con la jeringa de Anel una inyección de agua oxigenada á 12 volúmenes en partes iguales con agua destilada 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 Cirugía prácticas n.º 714 pag.ª 240



aparece por los puntos lagrimales una ola de líquido, fenómeno debido al vacío originado por la combinación del oxígeno con las sustancias 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 disolución de ianino con agua y glicerina. El pus <sup>es</sup> remplazado 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.



Aún cuando no hemos tenido proporción de emplear este método hasta el presente, lo creemos muy racional y de éxito seguro, atendiendo al poder desinfectante del agua oxigenada, que se hace ascender por algunos autores hasta el doble del sublimado corrosivo. Ocioso nos parece indicar, han de extremarse las precauciones asepticas en instrumentos y manos del operador para evitar complicaciones graves en ocasiones. Así describió el Dr. Viciano en "La Medicina valenciana", (1) un caso de flemón profundo de la órbita a consecuencia del cateterismo; si bien en este caso existía caries <sup>del</sup> inguis consecutiva a periostitis traumática con fistula consecutiva y derivación del conducto lácrimo-nasal que se demostró por la imposibilidad de sondear con el n.º 1 de Bowman, limitándose a inyectar por el punto fistuloso con la

---

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



camaba 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 aun la del paciente puesto que las complicaciones meningéas 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 débese en la mayoría de los casos á la inconstancia del paciente que tolera cuatro ó seis semanas pero difícilmente más tiempo.

En cuanto á la fistula lagrimal suele



cicatrizan cuando las vias van adquiriendo permeabilidad, pero en caso de persistencia puede hacerse un avivamiento de los bordes y raspado, para separar el tejido fungoso, suturando despues.

Resumiendo lo expuesto deduciremos las siguientes Conclusiones.

- 1<sup>a</sup> Las afecciones de las vias lagrimales, por su frecuencia son dignas de la atención del médico general para que intervenga oportunamente y con conocimiento de causa
- 2<sup>a</sup> La extirpación de la glándula lagrimal la encontramos indicada únicamente en los casos de tumores malignos
- 3<sup>a</sup> En la epifora la extirpación del citado órga-



no provoca accidentes graves, no corrigiéndose la molestia extirpando la porción patológica.

4.<sup>o</sup> La dilatación de los puntos lagrimales es el mejor medio de corregirla, debiéndose emplear en las dacriocistitis catarrales.

5.<sup>a</sup> Débese corregir la refracción en los casos de epífora cuando al comprimir el saco no dé salida a lágrimas.

6.<sup>a</sup> En las dacriocistitis blenorreaica 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<sup>a</sup> El sondaje practicado por el método mixto de Bowman, o con inyección astringente o desinfectante, constituye el tratamiento más racional.

8<sup>a</sup> Solo en casos excepcionales debese recurrir al procedimiento de Stilling.

9<sup>a</sup> La fistula lagrimal, si no se oblitera con el sondaje, deben refrescarse sus bordes, raspando con la cucharilla el tejido fungoso del trayecto.

10<sup>a</sup> Aun cuando las operaciones de este aparato son de poca importancia no debe omitirse detalle alguno de asepsia.



Coledo 30 de Setiembre L. 903

Francisco J. J. J. J.  
y J. J. J. J.



Admisible  
José Doncel

Admisible  
Narciso Jimenez

Admisible  
Arturo de Pedraza

Verifico el ejercicio del grado  
de Doctor y fue calificado de Aprobado  
el 2 de febrero de 1904.

Arturo de Pedraza

Federico Oliva

Narciso Jimenez  
F. de Pedraza



