

P. 94

Est. - 21 - No 139

Febrero 1900

# ESTUDIO

DE LA

# TRIA

Y

Tratamiento que racional y científicamente  
debe ser preferido,

POR EL

**Dr. Javier Pongilioni,**

DEL INSTITUTO RUBIO, DE TERAPÉUTICA OPERATORIA.

## ÍNDICE:

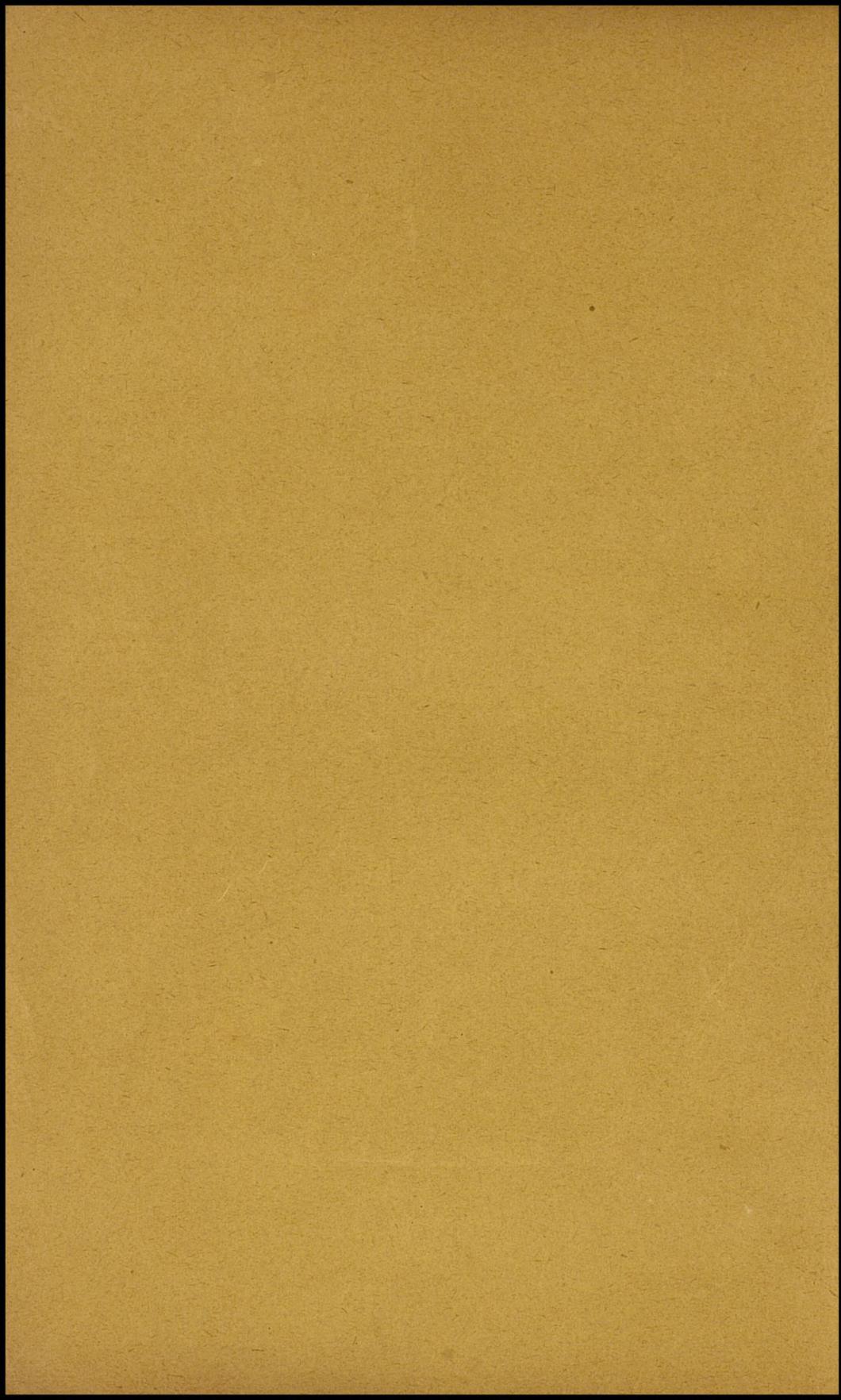
Etimología de la dacriocistitis.—Su historia.—  
Etiología, patogenia, anatomía patológica, sín-  
tomas, complicaciones, patocronia, diagnóstico,  
pronóstico, observaciones clínicas y tratamiento.

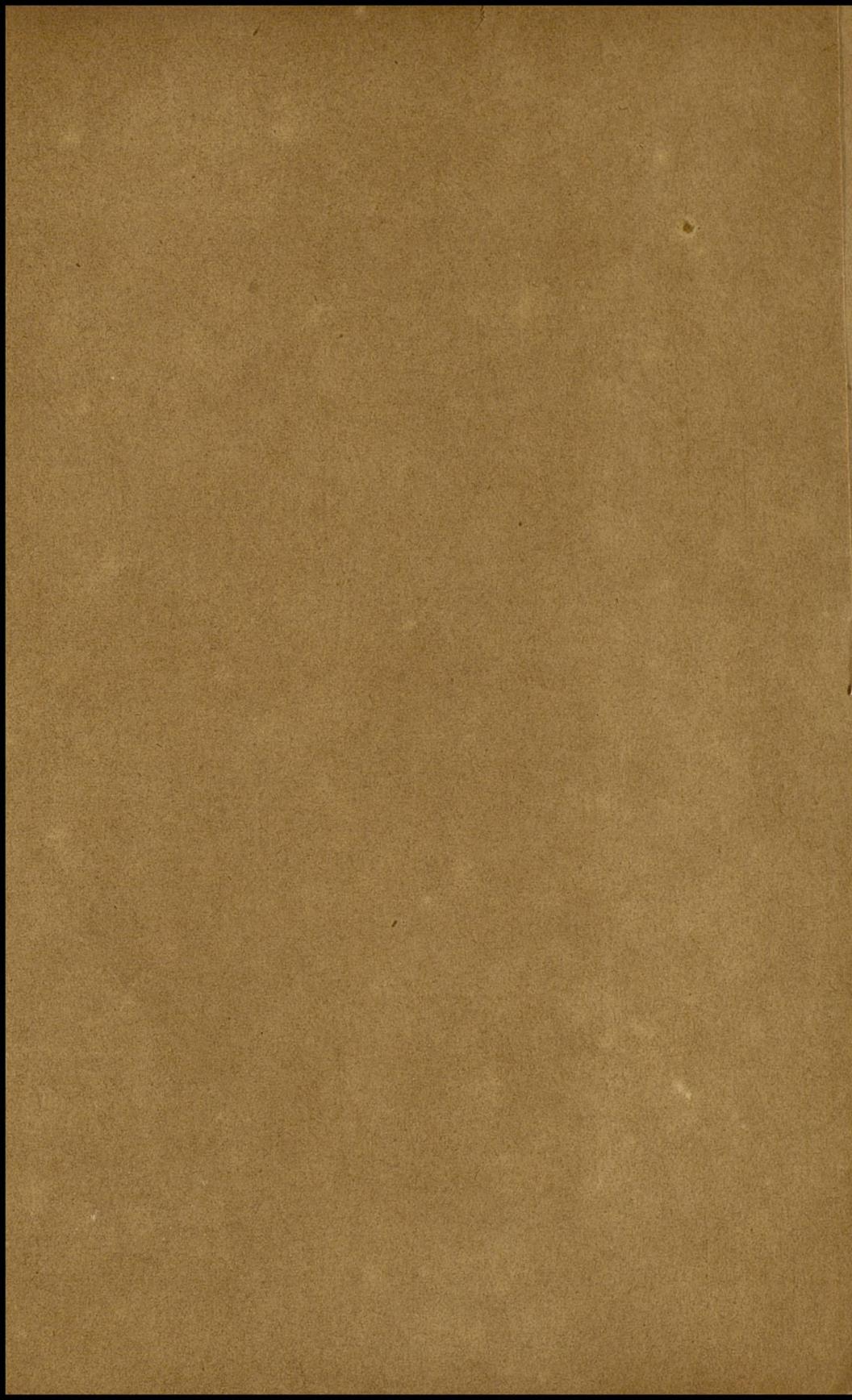
JEREZ

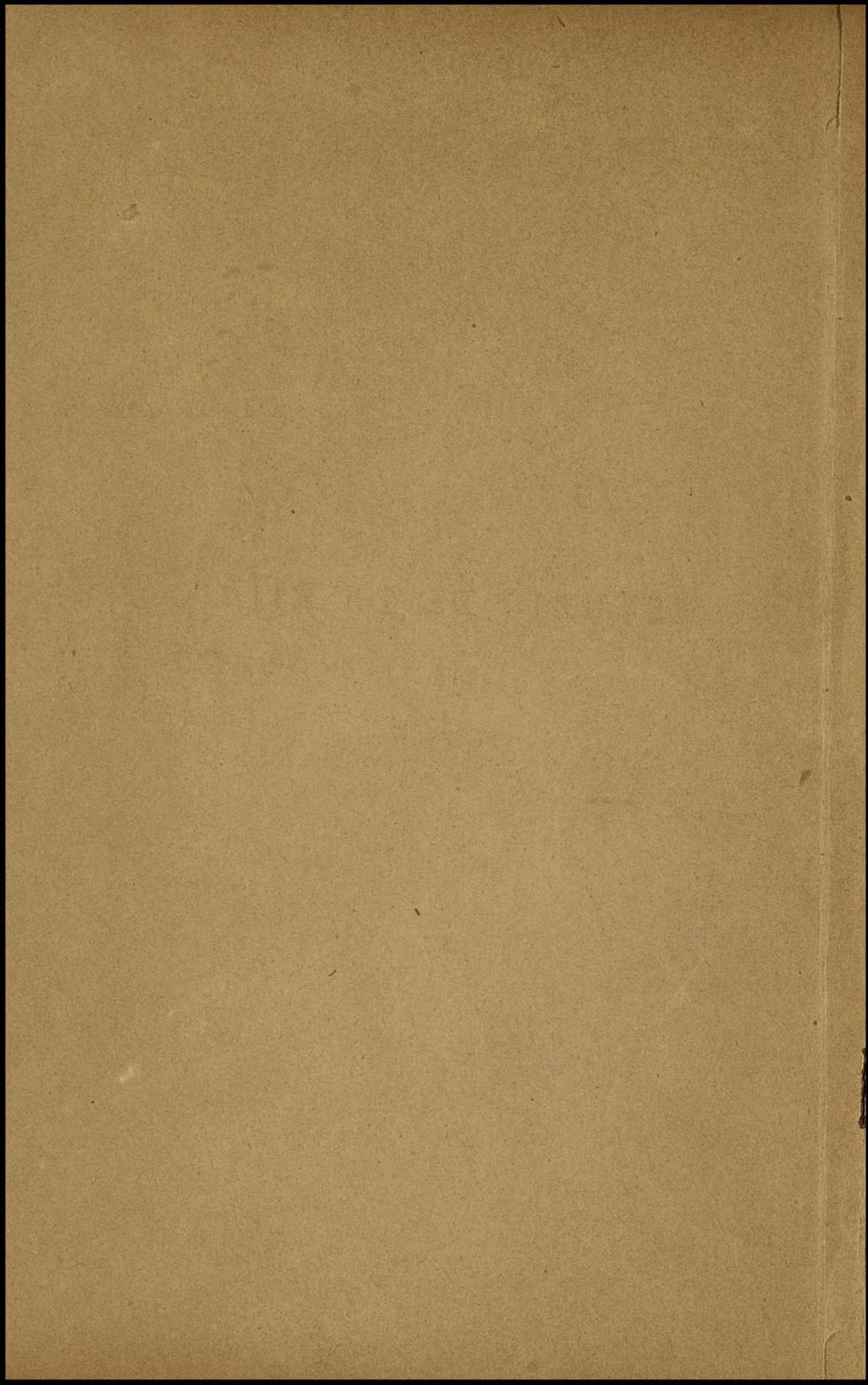
ESTABLECIMIENTO TIPOGRÁFICO DE CRESPO HERMANOS

Calles Santa María 21 y Honda 3.

1900

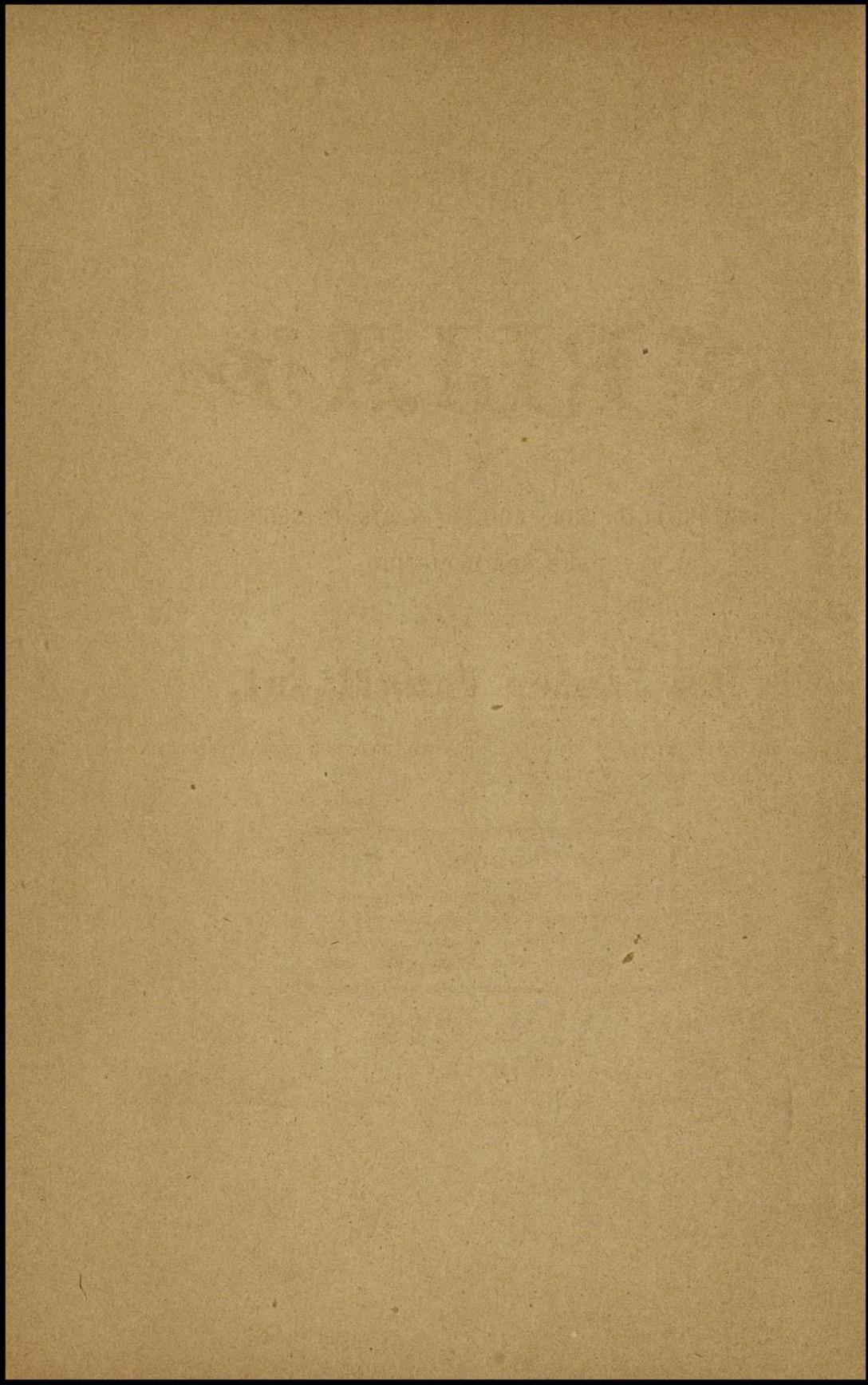






ESTUDIO DE LA RIJA





# ESTUDIO

DE LA

# ORRIZA

Y

Tratamiento que racional y científicamente  
debe ser preferido,

POR EL

**Dr. Javier Pongilioni,**

DEL INSTITUTO RUBIO, DE TERAPÉUTICA OPERATORIA.

## ÍNDICE :

Etimología de la dacriocistitis.—Su historia.—  
Etiología, patogenia, anatomía patológica, sín-  
tomas, complicaciones, patocronia, diagnóstico,  
pronóstico, observaciones clínicas y tratamiento.

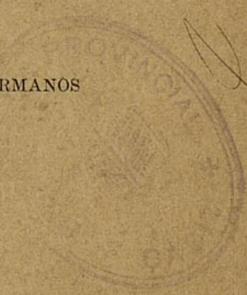
JEREZ

ESTABLECIMIENTO TIPOGRÁFICO DE CRESPO HERMANOS

*Calles Santa María 21 y Honda 3.*

1900

*Javier Pongilioni*



---

---

Queda hecho el depósito  
que marca la ley.

---

---

## INTRODUCCIÓN

---

La palabra *Dacriocistitis* procede de dos voces griegas : δάκρυον, lágrima y κύστις, saco, á más el sufijo *itis*, inflamación; significa, por lo tanto, la inflamación del saco lagrimal. Etimológicamente la expresión es terminante y clara, y no obstante, la sinonimia no ha podido por menos de hacer también hincapié en esta flegmasía.

De aquí que cuando la *dacriocistitis* presenta una marcha crónica se la haya denominado *dacrioblenorrea*, unas veces, *mucocèle ó tumor lagrimal*, otras; y cuando su marcha es aguda ó cuando una *dacriocistitis* crónica por cualquier causa se agudiza, se le haya llamado indistintamente *tumor lagrimal inflamado*, *flemón ó absceso del saco lagrimal*.

Pero todos los autores, tanto los de las obras clásicas de Patología externa, que abarcan el estudio de las enfermedades de los ojos, como los de los tratados de Oftalmología antiguos y recientes, admiten una *dacriocistitis* aguda y otra crónica; efectivamente existen, pero si nos fijamos detenidamente en el proceso, veremos que deben considerarse á aquellos calificativos como secundarios, del mismo modo que sucede con otras enfermedades, cuyo primer apellido lo toman del agente etiológico que la produce :

artritis tuberculosa, cistitis blenorragica, orquitis traumática, conjuntivitis diftérica, etc., etc.

Por este motivo dura todavía la discordancia que desde muy antiguo existe sobre la naturaleza de esta afección y sobre el tratamiento que debe seguirse. Esto que sorprende á primera vista se explica con facilidad si se considera que los diversos elementos con que se ha enriquecido el estudio de la dacriocistitis se encuentran diseminados en un número prodigioso de obras de un valor muy diverso y á menudo contradictorias entre sí. Procuraré, por lo tanto, ser lo más conciso y claro posible en este laberintico estudio, y para llenar este objeto he dividido en tres partes el presente trabajo :

- 1.<sup>a</sup> En ésta trataré someramente de la etiología, patogenia y anatomía patológica.
- 2.<sup>a</sup> Comprenderá el estudio clínico; y
- 3.<sup>a</sup> Aquí daré una brevísima reseña histórica de todos los tratamientos que se han puesto en práctica, fijándome principalmente en aquellos que merecen la preferencia, exponiendo, por último, los resultados obtenidos en el Instituto Rubio, durante los veinte últimos meses.

---

---

## Etiología, Patogenia y Anatomía Patológica.

---

Cuando no se conocía el aparato eliminador de las lágrimas era considerada la dacriocistitis como un absceso del ángulo mayor del ojo debido á la caries del unguis, y la denominaron *Ægilops* ó *Anquilops*, pues indistintamente aparece escrito así en las obras antiguas.

Celso fué el primer promotor del método destructivo, recomendando el instrumento cortante ó el hierro candente contra esta enfermedad. Antiles había observado ya el lagrimeo, y Severus había notado la embocadura de uno de los conductos lagrimales en el saco; pero tales descubrimientos resultaron estériles para sus autores. Lo mismo puede decirse de Fallopio, cuando en 1563 descubrió los puntos y conductos lagrimales. Él había observado que la colección de pus contenida en el saco refluía hacia la carúncula lagrimal y este fenómeno le hizo dar equivocada interpretación á su notable descubrimiento, pues creyó que las lágrimas llegaban á la superficie ocular por los puntos lagrimales.

Al reconocer Vesalio por vez primera, el conducto nasal, dió la base, por decirlo así, para la teoría inflamatoria. Según ésta, la estrechez ó la obliteración del canal es debida á la tumefacción de la mucosa producida por un proceso inflamatorio. Se imposibilita, por consiguiente, el curso de las lágrimas.

La teoría inflamatoria no tuvo retractores hasta el año 1717 en

que Maitrejean expuso que la retención de los líquidos en el saco era debida siempre á la obstrucción del canal nasal; y estos líquidos compuestos de lágrimas y del producto de secreción de la mucosa irritaban esta membrana *calentándose por su detención*. Esta teoría tuvo ardientes defensores y modernamente se cuentan entre sus partidarios á Bowman, Critchett, Weber, Stilling, etc., que consideran á la inflamación como el resultado de la estrechez. En contraposición á los antes citados, tenemos en Francia á Panas y á Terrier, admitiendo que la flegmasía de las vías lagrimales es siempre primitiva, resultando la estrechez de las alteraciones experimentadas por la mucosa.

Pero no pasaremos por alto que en 1734, J. L. Petit, basándose en nociones de Física pura, comparaba las vías lagrimales á un sifón por la forma y por el modo de obrar. Para este cirujano era debida la dacriocistitis á la obstrucción de la rama larga del sifón; es decir, del conducto lácrimo-nasal. No era partidario de la obstrucción de los puntos lagrimales, y fué el primero que incindió el saco lagrimal por debajo del ligamento parpebral interno, recomendando el restablecimiento de las vías lagrimales por medio del catéter ó por la abertura de un conducto artificial.

Janin suponiendo la existencia de un esfínter propio del canal, atribuía siempre la estrechez á su contracción espasmódica; y pretendía combatir este espasmo instilando en el fondo del saco conjuntival algunos colirios, para que desde allí fueran aspirados por los puntos lagrimales; así lo pensaba, olvidando que no sólo se trataba de un ojo lagrimoso, sino de un saco lagrimal lo suficientemente repleto para no poder admitir una gota más de líquido.

Hacia el año 1801 declaró Scarpa que la estrechez del canal no existe, como tampoco la secreción del saco; el pus ó moco-pus que se encuentra en éste, proviene, á su parecer, de la conjuntiva y es aspirado por los puntos lagrimales.

Apenas fué tomada en consideración esta teoría, y en el siglo actual, tanto en Francia, como en Alemania é Inglaterra, dan á la

teoría inflamatoria más importancia y valor de la que en realidad tiene. La verdad es, que ni la teoría mecánica, ni la inflamatoria, se bastan por sí solas para explicar la patogenia que estudiamos; varía según la causa productora. Expongamos, pues, la etiología, pero antes séanos permitido hacer un recordatorio.

Si dirigimos, bien el párpado superior, bien el inferior, hacia afuera, nos encontramos cerca del ángulo interno del ojo y en el borde libre de cada párpado un pequeño orificio llamado punto lagrimal, situado en el vértice de una eminencia cónica y que se encuentra constantemente abierto por estar rodeado de un anillo fibro cartilaginoso. El punto lagrimal superior mira hacia abajo y adentro; el inferior hacia adentro y arriba, por este motivo los puntos lagrimales se bañan constantemente en la laguna lagrimal cada vez que se cierran los párpados. Su diámetro no excede de  $\frac{1}{3}$  de mm.

Los conductos lagrimales comienzan en los puntos del mismo nombre, y se encuentran alojados en la porción lagrimal del borde libre de los párpados. Estos conductos siguen en un principio una dirección vertical (próximamente 1 mm.), y tórnanse horizontales hasta reunirse por detrás de la extremidad interna del ligamento parpebral en un conducto común, desembocando de esta manera en el saco lagrimal; sin embargo, algunas veces lo hacen por separado. La mucosa de estos conductos presenta, como la conjuntiva, una capa simple de epitelio pavimentoso.

El saco lagrimal es una bolsa membranosa que por su parte posterior é interna se encuentra alojada en el canal que forma la rama ascendente del maxilar superior y el unguis. Está constituido por una membrana fibro-celular y una mucosa que la tapiza interiormente; ésta contiene en su espesor gran número de folículos mucosos y glándulas análogas á las de Meibomio; y forma dos válvulas, según el Dr. Beraud: una, en la desembocadura de los conductos lagrimales y otra en la parte inferior del saco.

El saco lagrimal y el canal nasal siguen una dirección oblicua de arriba á abajo y de delante á atrás; esta dirección no es rectilínea,



sino que describe una curva de convexidad anterior, la cual debe tenerse muy en cuenta, para cuando se practica el cateterismo.

La rama ascendente del supramaxilar, el unguis y la concha inferior, forman el canal nasal, cuya terminación está en el meato inferior. Una membrana fibro-mucosa—que desempeña el papel de periostio—reviste por completo este canal. La mucosa, como es continuación de la de las fosas nasales, posee un revestimiento de epitelio vibrátil y como es la misma del saco, contiene en su espesor también gran número de folículos mucosos y glándulas iguales á las de aquéllas.

Para reconocer el nacimiento exacto del canal en el saco, hay que guiarse por el hecho de que la mucosa del último por su parte anterior está aplicada sobre partes blandas, mientras que la mucosa del canal está adherida por todas partes á una pared ósea. Pero esto, según Vecker, no puede demostrarse con piezas conservadas en el alcohol, puesto que la mucosa se altera, siendo preciso se haga el estudio sobre cadáveres, en los cuales la membrana del saco no haya sido modificada por la descomposición de las secreciones que esta cavidad contiene casi siempre.

Las dimensiones del saco y del canal nasal obtenidas por M. Weber y M. Arlt (1), son las siguientes :

	Dimensiones.	M. Weber.	M. Arlt.
Saco lagrimal.	Longitud. . . .	12 á 15 mm.	10 mm.
	Anchura . . . .	4 »	4 »
	Profundidad. .	6 »	4 »
Canal nasal. .	Longitud. . . .	10 á 12 »	10 á 16 »
	Anchura . . . .	3 »	1 1/2 á 2 1/2 »
	Profundidad. .	4 »	1 1/2 á 2 1/2 »

Dichos autores han tomado estas medidas sobre el cadáver y las han verificado en preparaciones hechas por medio de inyecciones de

(1) Archiv. für Ophthalmologie, t. 1.º

cera (M. Arlt) y de la mezcla de Wood (M. Weber). Vecker las considera un poco exageradas porque las inyecciones solidificables requieren cierta fuerza para que las cavidades se llenen; y al practicarlas así, la mucosa es empujada contra el hueso, se desprende del poco líquido de que está impregnada y dilatan fuera de medida las paredes extensibles del saco. Además hay que tener en cuenta que la mucosa se aplana en el cadáver por falta de afluencia sanguínea y que dependiendo la longitud y dirección de las vías lagrimales de la conformación de los huesos de la cara, sólo nos interesa conocer, como deducciones prácticas que surgen de estas nociones anatómicas, que el canal nasal se aproxima mucho á la forma cilíndrica y que según las cifras señaladas más arriba, podemos admitir de  $1 \frac{1}{2}$  á  $2 \frac{1}{2}$  mm. el diámetro verdadero del mismo.

Aunque á grandes rasgos queda expuesto cuanto nos interesaba decir referente á esta cañería de desagüe, cuyo manantial es, sin duda alguna, el más perfecto y delicado de la economía. Hállase compuesto éste por la glándula lagrimal y las accesorias de la conjuntiva, las cuales tienen que cumplir una misión tan importante como es, la de mantener húmeda la superficie ocular para el mejor deslizamiento de los párpados.

Esta función se verifica con intermitencia y pasa inadvertida siempre que el líquido lagrimal tenga expedito su curso. Las lágrimas son generalmente neutras ó alcalinas; sin embargo, pueden volverse ácidas. Una vez que bañan la superficie del ojo, los movimientos de los párpados las encaminan, á la laguna lagrimal, de donde son tomadas por ambos conductitos lagrimales y conducidas al saco. Pasan de éste á la nariz por los conductos nasales y allí se evaporan merced al aire inspirado. La secreción lagrimal no sólo facilita el juego de los párpados, sino que arrastra, por decirlo así, todas las sustancias pulverulentas y cuerpos extraños que pueden irritar el globo del ojo.

Ahora bien, terminado el recordatorio debemos exponer, que las pocas disecciones que se han practicado en la dacriocistitis se deben

á Janin, Voisin, Auzias-Turenne, Delbau y Beraud. Por ellos se sabe que la mucosa lácrimo-nasal, en la mayoría de los casos, presenta una flegmasía franca y que su cavidad se encuentra repleta de pus ó de mocopus. Otras veces el saco está dilatado y su mucosa engrosada y fungosa. El unguis y los huecesillos de la nariz suelen presentar á menudo lesiones óseas como la osteitis y la necrosis. Pero quien nos ha dado más luz en esta clase de estudio es Berlin, el cual estudió numerosas piezas procedentes de las ablaciones del saco lagrimal practicadas por él con un fin terapéutico: no sólo las estudiaba macroscópicamente, sino que el microscopio le demostró, cómo en un gran número de casos estaba destruido el epitelio en ciertos puntos de la mucosa, y en otros, no sólo se encontraba ésta enrojecida, sino tapizada de excrecencias polipoides más ó menos desarrolladas é irregulares. Pero para explicarnos todas estas lesiones conviene ir anteponiendo los agentes etiológicos que son capaces de producirlas.

Tenemos en primer lugar, que como consecuencia de las fracturas de los huesos limítrofes al saco, quedan casi siempre interesados los conductos nasales, toda vez que la dislocación de los fragmentos óseos puede obliterar parcial ó totalmente el conducto nasal.

Un cateterismo mal practicado puede dar lugar á una osteo-periostitis, ó por lo menos, á lesiones en la mucosa que cuando cicatrizan producen una estrechez, la suficiente para impedir el curso de las lágrimas.

Los canales nasales pueden encontrarse fuertemente comprimidos por los distintos tumores, pólipos, fibromas, encondromas, quistes, etc., que se desarrollan en las fosas nasales, los que no sólo pueden obliterar el orificio del canal nasal sino destruir en parte el conducto.

La estrechez puede ser debida otras veces á una exóstosis, á la presencia de un cálculo, de un cuerpo extraño, etc.; así se han encontrado fragmentos terrosos, aristas de espigas, acumulaciones de leptotrix buccalis, etc.

Ciertas personas presentan una conformación particular de los huesos de la cara que implica una estrechez de los conductos nasales; algunas recuerdan la raza mogólica, exagerada separación de los ojos con aplanamiento muy pronunciado del dorso de la nariz, mientras otras, como sucede en los israelitas, presentan muy prominentes los huesos nasales y una gran profundidad del hueco sub-orbitario; conformación que debe traducirse por un aplanamiento lateral excesivo de los conductos nasales.

A la conformación de los huesos de la cara y al mayor uso que de su aparato lagrimal hace el sexo femenino, debemos referir la marcada preferencia con que se presenta la dacriocistitis en la mujer con relación al hombre.

Ya dijimos que las vías lagrimales eran las encargadas de conducir á la nariz el sobrante de la secreción lagrimal y que ésta arrastraba las sustancias pulverulentas y cuerpos extraños que pueden irritar el globo del ojo; pues bien: cualquier obstáculo que se presente, ya en el trayecto del conducto, ya al nivel de su orificio (meato inferior) no impedirá que las lágrimas lleguen al saco, pero como no pueden descender á las fosas nasales, se estancan y como estas lágrimas al pasar por la superficie del ojo han recogido en su seno todos los microorganismos que el aire ambiente llevó á dicha mucosa, se nos reúnen los principales factores para la biología de ciertos agentes patógenos y aun para que muchas bacterias indiferentes y saprofitas se desarrollen en este medio.

Continuamente pasan por el conducto lácrimo-nasal un número considerable de microbios y sin embargo, no ocasionan la dacriocistitis. ¿Por qué es esto? Fácilmente se comprenderá, si recordamos que en las mucosas la acción de las bacterias se encuentra anulada por las secreciones glandulares, y éstas existen en el saco, pues según Beraud, la mucosa lácrimo-nasal contiene folículos mucosos y glándulas análogas á las de Meibomio. Además no existe el reposo de las lágrimas, condición importantísima para el desarrollo de las colonias.

Cuando hay un obstáculo al paso del líquido lagrimal y por su causa no puede descender éste á las fosas nasales, se reúnen los factores siguientes: temperatura apropiada y líquido neutro ó ligeramente alcalino, en completo reposo y libre de la acción de la luz, que tan funesta es para ciertos microbios. Hé aquí, como las bacterias que se dejaron conducir por las lágrimas al saco, se encuentran, como vulgarmente se dice, *con la horma de sus zapatos*. ¿Dónde iban á encontrar mejor medio de cultivo?

Esto explica perfectamente la alteración que experimentan las lágrimas contenidas en dicha cavidad, puesto que no podemos admitir el simple éxtasis en el saco,—como génesis de la dacrocistitis—toda vez que es conocida la etiología de la supuración.

Parece superfluo decir, que una vez descompuesto el líquido lagrimal, obra como cuerpo irritante en la mucosa epitelica del saco y que ésta cuando se altera, nos da en primer lugar moco-pus, que más tarde se convierte en pus si se deja avanzar el proceso.

La vía conjuntival, seguida por los piógenos para llegar al saco, no es propia tan sólo de las dacriocistitis cuyas causas hemos expuesto, sino que es una puerta común para cuantos agentes etiológicos nos quedan por referir á excepción como se comprenderá, dé las osteo-periostitis supuradas que tienen su asiento en el esqueleto del ángulo mayor del ojo. Esta vía ósea es la preferida generalmente por el bacilo de Koch y el de Lustgarten para posesionarse del saco lagrimal. No hacemos mención de la periostitis gonorreica de Fournier, según el cual termina esta flegmasía por supuración, por haber divergencia entre los autores.

Nadie desconoce las lesiones óseas tuberculosas. La sífilis, drama en tres actos, como la llama Ricord, sólo las da en el segundo y tercer período, y aun algunas veces en la sinfonía del segundo. El doctor F. Dinner, entre otros, opina que cuando se presentan las enfermedades del aparato lagrimal debidas á la sífilis, se observa principalmente la dacriocistitis, debida unas veces á una lesión sífilítica de la mucosa nasal, y otras, á una lesión de los huesos de la

nariz. Respecto á la tuberculosis no cabe duda de que puede prender también por la mucosa.

Expongamos pues, la patogenia de las afecciones del canal óseo que en parte aloja al saco lagrimal, tales como los abscesos debidos, ya á una osteitis ó periostitis supuradas, ya á la tuberculosis ó á la sífilis. En estos casos, empieza el proceso por una osteitis ú osteo-periostitis que al extenderse por las paredes del conducto nasal, lo vuelven impermeable por la tumefacción que experimenta el tejido que le rodea.

Casi siempre termina este proceso por supuración. Cuando así sucede, el pus del absceso osifluente, sea cual fuere, fragua una vía de eliminación para verterse en la cavidad del saco; aquí se acumula, no sale sino en parte por los conductos lagrimales y como no solamente obra cual cuerpo extraño, sino por los microorganismos que contiene, determina lesiones en la mucosa, cuyo proceso ulcerativo, avanzando por la pared antero-externa de dicho saco puede dar lugar, sino se acude á tiempo, á que el pus se derrame directamente al exterior.

La mucosa del saco es continuación de la de las fosas nasales por un lado y de la conjuntiva por otro; luego una rinitis ó una conjuntivitis, cualquiera que sea, pueden dar lugar á una dacriocistitis, que será blenorragica, diftérica, etc., según el agente patógeno que la produzca. Estos agentes pueden ser transmitidos por continuidad, por las lágrimas y sondas (vía conjuntival) ó por la proyección de pus al sonarse (vía nasal). Algunos pueden también ser transmitidos por los vasos sanguíneos ó por los linfáticos.

G. A. Richter, sostuvo en el siglo XVIII que la fistula lagrimal era casi siempre motivada por afecciones nasales; y de este modo se opuso á la opinión de Scarpa, que consideraba la inflamación del saco como el resultado de una conjuntivitis. Vesigné y J. Hyrtt aconsejaron las escarificaciones y las sangrías nasales, no sólo en toda afección ocular de naturaleza desconocida, sino en la dacriocistitis. Ziem de Dantzig, opina que el oculista debe hacerse rinólo-

go, puesto que, según él, las dos terceras partes de las enfermedades de los ojos son debidas á afecciones nasales.

La conjuntiva, la vaginal, la mucosa de la vejiga y la del cuello del útero, pueden ser asiento, como todos sabemos, del gonococo de Neisser. Recordaremos que Petrone y Kamerer han encontrado estos gonococos en el exudado inflamatorio de las articulaciones, y que el primero de los dos los halló también en la misma sangre. ¿Qué razón existe, pues, para que el gonococo no pueda invadir el saco, como afirman algunos autores? La misma pregunta puede hacerse respecto al bacilo de Klebs-Löffler ó de cualquier otro microorganismo que se desarrolle en la conjuntiva ó en las fosas nasales.

Mr. Critchett en sus *Leçons sur les maladies de l'appareil lacrymal* <sup>(1)</sup> considera á las inflamaciones catarrales y muy particularmente las que acompañan á las fiebres exantemáticas con una marcada tendencia á propagarse hacia las vías lagrimales, habiéndolo observado detenidamente en un buen número de casos de conjuntivitis purulenta.

Hasner, en su memoria sobre las vías lagrimales dice que la erisipela, sarampión, escarlatina, viruela, rino-escleroma y la grippe pueden dar lugar á dacriocistitis siempre que la propagación se verifique por las fosas nasales. En cambio el Dr. Galezowski <sup>(2)</sup> que viene llamando la atención hace varios años sobre ciertos accidentes oculares que se presentan bajo la influencia grippal, reconoce que la conjuntiva y la córnea son las más castigadas habiendo tenido ocasión de observar un gran número de veces dacriocistitis consecutivas á estas afecciones.

Por último, la conjuntivitis granulosa es otra enfermedad que frecuentemente gana la mucosa de las vías lagrimales; y es tanto más de temer, cuanto que al decir de Wecker «constituyen esas invencibles estrecheces, contra las cuales se estrella la terapéutica.»

---

(1) Publicadas en los *Annales d'oculistique*, t. II.

(2) *Siglo Médico*, 1899, pág. 395.

Vemos, pues, que no admite duda la propagación de una conjuntivitis cualquiera á la mucosa del saco. En cuanto á que las afecciones nasales se propaguen al conducto nasal lo consideramos también como un fenómeno muy natural y corriente. ¿No vemos producirse este mismo hecho en los senos frontales, seno maxilar, seno esfenoidal y células etmoidales?

Nos corrobora más este aserto, la frecuencia de las dacriocistitis en los individuos predispuestos al coriza y la frecuencia con que se dan dacriocistitis dobles, que parecen indicarnos su origen nasal.

Pues bien, ya sea el origen conjuntival, ya sea nasal, empieza el proceso por una inyección de la mucosa del saco, seguida bien pronto de una gran infiltración leucocitaria y cuyo efecto inmediato es la tumefacción de toda la mucosa lácrimo-nasal con producción de moco-pus. Las alteraciones de la mucosa permiten la distensión del saco, que no viene á ser más que la consecuencia de la presión que ejerce sobre sus paredes los productos segregados y retenidos en dicha cavidad.

Esta dilatación alcanza un grado considerable cuando se verifica lentamente sin ser interrumpida en sus progresos por accesos inflamatorios reiterados. En estas condiciones se observan dos cambios capitales que se refieren: el primero, al estado de la mucosa, y el segundo, á la naturaleza de los productos que se forman :

1.º Conforme la mucosa aumenta en superficie la hinchazón disminuye; de rojiza y aterciopelada que era se cambia en pizarrosa con algunas elevaciones papiliformes. Cuando ha adquirido dimensiones considerables, ofrece la mucosa una coloración gris pálida y por su aspecto se aproxima á las membranas serosas.

2.º Á medida que se altera la membrana que tapiza el saco dilatado, la secreción espesa y turbia que producía al principio se torna luego más flúida, se aclara é insensiblemente toma los caracteres de la clara de huevo.

Esta transformación fué denominada por Anel *hidropesta del saco lagrimal*.

En ciertos casos se verifica la dilatación del saco con gran rapidez, debida, como se comprenderá, al agente patógeno que la produce. También un cateterismo mal practicado puede producir una rasgadura en cualquier dacriocistitis de marcha crónica y entonces se agudiza por infectar el pus el tejido celular submucoso. En estas circunstancias es cuando se presentan esos tumores lagrimales que algunas veces alcanzan el volumen de un huevo de paloma.

Todos los elementos anatómicos del saco lagrimal pueden ser partícipes del estado congestivo si la inflamación es muy intensa, hasta el punto de que no es raro se formen derrames sanguíneos más ó menos considerables en el tejido celular submucoso, como suele ocurrir en las producidas por el gonococo de Neisser. En este caso se presenta el cuadro escénico con tal intensidad y rapidez que la dacriocistitis aguda termina casi siempre por la fistula lagrimal.

Si la inflamación persiste se producen úlceras en la mucosa que al cicatrizar por el proceso reparatriz dan por resultados estrecheces cicatriciales que de tejido fibroso al principio se tornan con el tiempo muy densas y sin tendencia á degenerar.

Dos palabras sobre el contenido del saco para terminar con esta primera parte. La mucosa lácrimo-nasal segrega normalmente un líquido transparente y filamentosó, que lleva en suspensión cierta cantidad de células epiteliales.

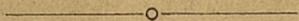
Cuando por cualquier causa se altera, se vuelve esta secreción amarillenta, opaca y más filamentosá; más tarde y á tenor de las circunstancias, cambia su coloración en verdosa más ó menos subida, pudiendo presentar, por último, ya un matiz rojizo ya un color moreno ó negruzco; pues tanto la coloración como la cantidad de pus que segrega el saco, dependen del proceso flegmásico que obra sobre la mucosa de las vías lagrimales y de la extensión de la superficie atacada.

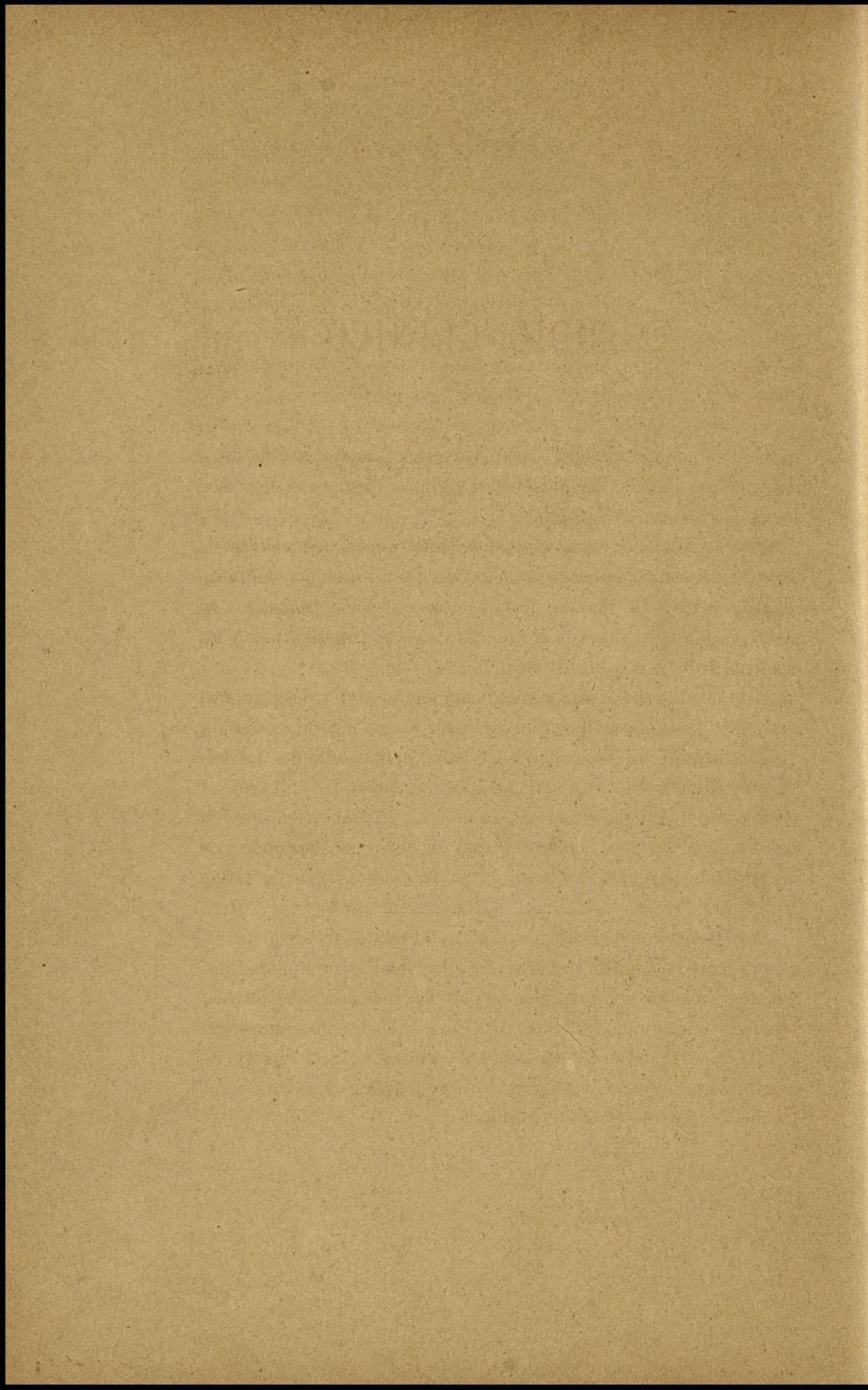
Pensar que en el examen microscópico de este pus sólo se ha de encontrar el microbio específico, creemos que no se le habrá ocurrido á nadie. Ya dijimos que las lágrimas eran portadoras de todas

aquellas bacterias que posa el aire en la superficie ocular; por esta razón no es tan fácil, como á primera vista parece, el estudio micrográfico del pus ó moco-pus de una dacriocistitis.

El Dr. Sabrazés, jefe del laboratorio de las clínicas de la Facultad de Medicina de Burdeos, ha examinado bacteriológicamente el pus de varios empiemas del seno maxilar y ha encontrado los estafilococos blando y dorado asociados la mayor parte de las veces al estreptococo. En tres casos encontró el neumococo de Talamón Fränkel y unos bastoncillos más largos que el bacilo de Koch que se coloreaban por el método de Gram. También ha observado en dos empiemas del seno esfenoidal, el estafilococo dorado asociado al bacilo fétidus, descubierto por Hajeck en las rinitis crónicas.

Si estos microorganismos se han encontrado en los senos ¿cuántos más no se encontrarían en el pus de una dacriocistitis? Casi nos atreveríamos á asegurar que solos ó asociados nos hallaríamos en la mayoría de los casos, además del específico si lo hubiera, con el micrococo piógeno áureus, el albus, el estreptococo piógeno de Rosenbach y algunos de aquellos que tan abundantes son en el aire, como los micrococos cinnabareus, róseus y cítreus conglomeratus, que aunque saprofitos, según Bumm, no por eso dejarían de enmascarar el estudio bacteriológico.





---

---

## ESTUDIO CLÍNICO

---

En tres períodos pueden agruparse generalmente las distintas fases porque pasa la dacrocistitis: Lagrimeo, distensión del saco lagrimal y flemón del mismo.

PRIMER PERÍODO.—Tan insensiblemente puede desarrollarse la daerocistitis que el enfermo no acusa desde su principio y durante un largo período de tiempo, más que una sensación penosa en su vista, por la que se siente muy molesto y á veces imposibilitado para el menor trabajo con luz artificial.

Esto puede pasar desapercibido para el enfermo y los primeros síntomas que le alarman son un lagrimeo y una ligera resecação nada agradable en la fosa nasal del lado correspondiente. La lectura ó cualquier trabajo prolongado, la impresión del aire frío, el viento, el polvo, etc., aumentan la epífora. El ojo se enrojece y como las lágrimas no tienen expedito su curso, se derraman por la mejilla del paciente, el cual se queja de escozor, picor y fatiga parpebral.

Si se comprime de abajo á arriba con la punta del dedo la región del saco, se ve fluir por los puntos lagrimales un líquido filamentoso translúcido formado de moco y de lágrimas. Éste tórnase á menudo opaco y amarillento. En algunas ocasiones, las mucosidades salidas del saco se aplican sobre la córnea y refractan irregularmente la luz, causando trastornos en la visión, que desaparecen al mismo tiempo que dichas mucosidades.

Si se inyecta un líquido por uno de los puntos lagrimales refluye en parte ó en totalidad por el punto vecino; hecho que viene á indicarnos que el conducto lácrimo-nasal ha dejado de ser permeable.

El contacto de las lágrimas determina muchas veces trastornos, tales como conjuntivitis, eczema de los párpados, entropión, blefaritis ciliar y otras menos importantes.

SEGUNDO PERÍODO.—*Distensión del saco*, llamado tumor lagrimal, porque los productos que se van acumulando en la cavidad de aquél, ocasionan poco á poco una tumoración en el ángulo mayor del ojo. El enfermo, por lo común, adopta la costumbre de comprimirlo varias veces al día y de esta manera puede permanecer el proceso estacionado durante mucho tiempo. Pero esto, no es lo corriente, sino que el saco á la par que se distiende va elevando el tendón directo del orbicular y cuando éste deja de ser extensible entonces el tumor que sigue aumentando, aparece bilobulado y adquiere, como es natural, la forma de alforja.

Otras veces el saco se cierra por completo y viene á constituir una especie de quiste que se ha denominado *mucocele*. Su contenido pegajoso y gelatinoso se hace cada vez más denso y adquiere una dureza capaz de simular un tumor fibroso.

En ciertos casos en que la distensión ha sido moderada se ha visto sobrevenir la curación espontánea de la dacriocistitis; pero para que esto suceda, es preciso que la cavidad del saco nunca se encuentre repleta de líquido y que el contacto de las lágrimas y de la secreción de las vías lagrimales sea bien tolerado por la conjuntiva.

Estas mismas condiciones se presentan en aquellos casos en que la enfermedad dura indefinidamente sin que se acompañen de accidentes inflamatorios; no obstante, lo general es que sobrevengan éstos y aparezca el

TERCER PERÍODO.—*Flemón del saco*: Pero antes que nada diremos que ciertos agentes etiológicos se desarrollan con tal intensidad y rapidez que parecen saltar por los dos primeros periodos, como he-

mos tenido ocasión de observar en varias dacriocistitis consecutivas á otras tantas conjuntivitis.

El flemón empieza por una tumefacción muy dolorosa en toda la región del saco lagrimal; tumefacción que se propaga á la piel inmediata del ángulo interno y á los párpados, pudiendo dar lugar á un estado febril y á dolores intolerables. En medio de los tejidos inflamados aparece una prominencia que corresponde exactamente á la situación del saco. La piel toma allí un color violáceo; se reblandece después, deja percibir la sensación fluctuante y concluye por dar salida al pus acumulado. Entonces se calma el dolor y suele suceder que la abertura se cierre á los pocos días y el enfermo se considere curado, pero como la dacriocistitis no ha sido tratada como merece, siempre estará el enfermo amenazado de una recaída.

La persistencia de la abertura del absceso da origen á la fistula lagrimal. Ésta puede presentar uno ó varios orificios, pues los trayectos fistulosos despegando las partes blandas de la región del saco, dan lugar á la formación muchas veces, de nuevos abscesos que al abrirse se convierten en otros tantos orificios fistulosos.

Sucede á menudo que el saco se rompe bajo la piel, el pus se difunde en el tejido celular que le rodea y se abre paso al exterior en un punto más ó menos distante de su origen, dando por resultado un trayecto fistuloso más difícil de cerrar que los anteriores.

Por último, otros flemones se abren en las fosas nasales á través del unguis necrosado ó en el seno maxilar, algunos despegan el periostio en una gran extensión y provocan la caries de los huesos circunvecinos, principalmente del unguis y del cornete inferior, extendiéndose á veces hasta la apófisis ascendente del supra-maxilar.

Tal es la marcha de la enfermedad y sus complicaciones en la mayoría de los casos. Por el relato expuesto se comprenderá lo imposible que resulta señalar una fecha aproximada para la duración de este proceso.

La dacriocistitis aguda pocas veces termina por resolución, casi siempre pasa al estado crónico; éste no se encuentra nunca libre,

como hemos visto, de accidentes inflamatorios; constitúyese, pues, un círculo vicioso que sólo puede romperse con la curación radical de la dacriocistitis.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico es tan fácil que muchas veces nos lo da el mismo enfermo antes de interrogarle. Casi siempre se hace al primer golpe de vista, y si bien es verdad que la distensión del saco en sus comienzos sólo se manifiesta por una escasa tumoración del tegumento, no lo es menos también que por una suave presión verificada en el ángulo interno del ojo nos es posible poner de manifiesto el contenido del saco; ésta evacuación da á la yema del dedo una sensación de elasticidad y de una resistencia vencida. Sin embargo, en su período agudo puede ser confundida la dacriocistitis con un flemón del tejido celular circunvecino, una erisipela facial ó un forúnculo, pero en estos casos, no olvidaremos preguntar al paciente por la existencia anterior del lagrimeo, ni dejar de practicar una inyección de agua tibia con la jeringa de Anel por uno de los puntos lagrimales, la que nos disipará al momento la duda.

El carácter del pus nos puede proporcionar algunos datos; así, cuando se presenta con burbujas de aire y una coloración más ó menos negruzca podemos casi asegurar una caries de los huesos limítrofes.

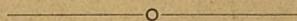
Hemos observado también que en aquellas dacriocistitis consecutivas á una oftalmía blenorragica el olor del pus es nauseabundo y unas veces de color sanguinolento, mientras otras verdoso con estrias rojizas.

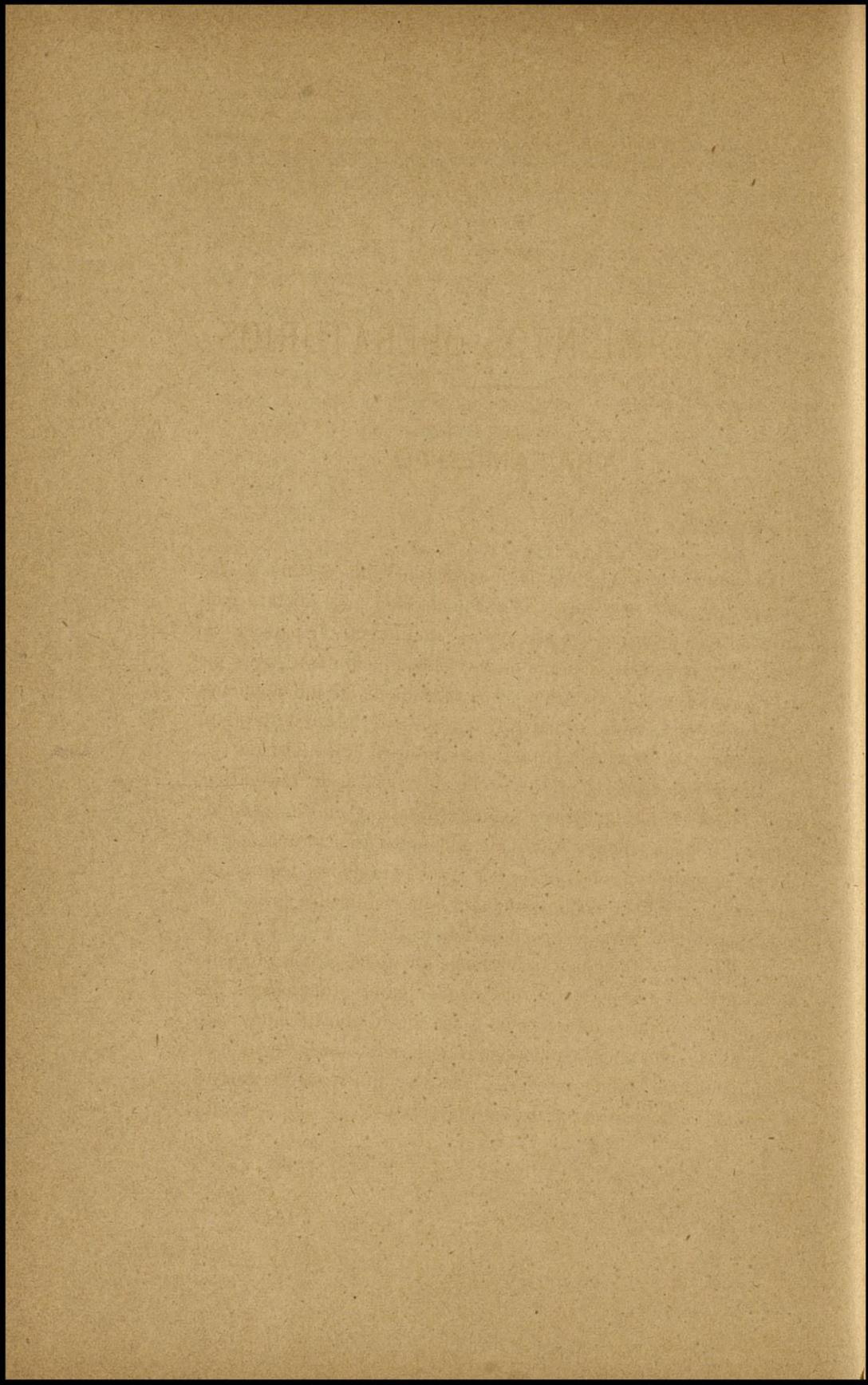
El diagnóstico diferencial de las diversas dacriocistitis no es tan difícil como á primera vista parece. En el 90 por 100 de los casos podemos conseguirlo sin necesidad de recurrir al microscopio; claro es, que si de él se hiciera uso, obtendríamos diagnósticos que no darían lugar á duda. Pero los antecedentes del enfermo, el tratamiento general y local á que haya estado sometido antes de presentarse á nuestra vista, y el estado actual del mismo seguido de una exploración minuciosa de las fosas nasales y de la conjuntiva, como de

los pulmones y órganos genitales nos pondrán en relieve la dacriocistitis que tenemos que combatir.

*Pronóstico.*—Poulet y Bousquet en su tratado de Patología Quirúrgica consideran grave esta afección y dicen, que así como es muy fácil obtener una marcada mejoría en toda dacriocistitis, es difícilísimo que el lagrimeo, hágase lo que se haga, desaparezca por completo.

No somos de este mismo parecer; creemos que el pronóstico en este proceso no puede estar supeditado á regla fija, sino que dependiendo de la etiología, variará según las circunstancias.





---

---

# PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

---

## TRATAMIENTO

---

La curación radical y rápida de la dacriocistitis es uno de los desideratum de la oculística. No existe afección más sujeta á recidivas, ni más delicada, que este proceso indiferente al parecer. Se debe esto á la constitución anatómica del conducto nasal, cuya pared no se presta á la dilatación y á la rebeldía de las inflamaciones de las mucosas; sabido es cuan difícil resulta devolver ó llevar al estado normal aun aquellas que son accesibles á la medicación.

Ahora bien : puesto que el bacilo de Koch, el de Lustgarten, el de Klebs-Löffler, el gonococo de Neisser, y en fin, cuantos agentes etiológicos hemos estudiado, pueden ocasionar una dacriocistitis, la terapéutica no puede ser igual para todas; tendrá que adecuarse, no sólo al agente productor, sino también á la vía que haya elegido éste para posesionarse del saco.

De aquí se desprende la importancia que tiene el conocimiento de la etiología. Por no tenerla en cuenta algunos oftalmólogos, nos resulta lo siguiente : mientras unos—y conste que hacemos caso omiso de los antiguos—preponderan la estricturotomía seguida de cateterismo, con ó sin inyecciones, otros se muestran partidarios acérrimos de la destrucción del saco lagrimal.



No hay que pensar que el cateterismo y los lavados sean siempre eficaces. ¿Qué pueden hacer las inyecciones astringentes, cáusticas ó antisépticas solas ó con previo cateterismo en una dacriocistitis de origen óseo? Nada absolutamente. En cambio en las de origen mucoso con ó sin estricturotomía, según el caso de que se trate, suelen dar muy buenos resultados.

Hay que desechar, por lo tanto, la creencia de que todas las dacriocistitis exigen el mismo tratamiento. Al pensar así, parece olvidarse el tan conocido aforismo «*sublata causa tollitur effectus.*» Y si olvidamos éste ¿cómo vamos á seguir un tratamiento racional y científico?

Todos los procedimientos que desde la más remota antigüedad se han preconizado para obtener la curación de la dacriocistitis se pueden dividir en tres métodos principales :

- 1.º Obliteración del conducto naso-lagrimal.
- 2.º Creación de vías artificiales para el curso de las lágrimas, y
- 3.º Restablecimiento de las vías lagrimales afectadas para que las lágrimas sigan su curso normal.

#### PRIMER MÉTODO

**Obliteración del conducto naso-lagrimal.**—Pasando por alto la destrucción de los puntos lagrimales con un pequeño cauterio calentado al blanco ó con un cilindro sumamente delgado de nitrato de plata—procedimiento de Bosch,—entraré desde luego á decir dos palabras únicamente, sobre la destrucción del saco lagrimal, método predilecto de los cirujanos antiguos y que por haberlo puesto en práctica A. Nannoni en el siglo xvii, cuenta aún con algunos partidarios.

Dos medios se han empleado para la destrucción del saco : la extirpación y la cauterización. La primera fué ya preconizada por Celso y se encuentra actualmente abandonada á pesar de Berlin y

Businelli que no se dieron punto de reposo en ponderar sus excelentes resultados.

La segunda fué empleada, por vez primera, por L. Nannoni, que se valió para llevarla á cabo de un hierro candente. Más tarde ideó Desmarres su cauterio y recomendaba se calentase al rojo para no provocar la necrosis de los huesos limítrofes, se hiciera una incisión amplia que seccionara el tendón del orbicular, tanto para no quemar la piel como para poder pasear el cauterio por todo el tendón seccionado, y de este modo se conseguía una cauterización completa y se evitaba una recidiva.

La cicatrización necesita quince días, por lo menos, para verificarse; mas no siempre es bastante una sola, pues el mismo autor refiere el caso <sup>(1)</sup> de una niña que sufrió tres cauterizaciones en el espacio de siete meses y no se pudo conseguir el resultado apetecido.

El Dr. Delgado Jugo, ayudante que fué de Desmarres no emplea nunca éste procedimiento, porque además del temor que experimentan todos los enfermos á quienes se propone la aplicación del hierro candente, resulta que cuando éste se prolonga un poco más del tiempo necesario, da una cicatriz hundida que viene á formar un *infundibulum* en el ángulo interno del ojo. Y si se hace lo contrario, retirando con demasiada prontitud el hierro candente queda el enfermo sin haber conseguido la curación ó expuesto á recidivas.

También ha visto sobrevenir algunas veces la inflamación del tejido célulo-grasiento de la órbita, el flemón del ojo y una erisipela de la cara con fatales resultados.

Más partidarios ha tenido la cauterización potencial: Staber la verificaba con un cilindrito de potasa cáustica; Magne, con cloruro de antimonio; Jungken empleaba el cloruro de zinc, y Desmarres (padre) usó también el mismo, pero empleando distinto procedimiento en su aplicación y dejando obrar el cáustico durante 24 ho-

---

(1) *Traité theorique et pratique des maladies du yeux*, 1854, t. I.

ras. Superfluo parece decir que cuando obraba aquél más de lo demasiado las consecuencias eran las mismas que las del hierro candente.

El mismo Wecker confiesa haber visto sobrevenir una ceguera completa en varios casos en que aplicó la manteca de antimonio.

La galvanocáustica es, sin duda, preferible á los cáusticos anteriores y sobre todo al hierro candente. Los varios cirujanos que hacen uso de ella, dan la preferencia al galvanocauterio de M. Veltay, y si bien es verdad que este procedimiento no causa dolor, cuenta, sin embargo, con los mismos inconvenientes que todos aquellos cuyo punto de mira sea la obliteración del conducto nasolagrimal. Y al decir esto, me fundo en los resultados obtenidos por el Dr. Jiménez de Cádiz, el año 1895, en nueve casos en que practicó á mi presencia la cauterización del saco, empleando en tres el termocauterio de Desmarres, en cuatro la solución concentrada de cloruro de zinc y en los dos restantes la galvanocáustica; pues bien, todos fueron seguidos de tan desgraciado éxito, que le hicieron renegar del procedimiento en cuestión y acogerse desde luego al sondaje de Bowman. Aquellos enfermos que salieron mejor librados no se vieron libres de un lagrimeo continuo que venía á desmentir la afirmación de Desmarres. Éste asegura que después de la destrucción del saco, sobreviene la atrofia de la glándula lagrimal. Leon-le-Fort y sus partidarios tampoco han podido comprobar este hecho que Tillaux considera de poca importancia, por creer que el saco se reproduce y las lágrimas al fin y al cabo siguen su curso normal. Por nuestra parte podemos asegurar que en el Dispensario oftalmológico del Instituto Rubio se presentan frecuentemente enfermos que han sido operados en otras clínicas y todavía está por primera vez que al verificar la estricturotomía nos haya demostrado el cuchillo de Weber la reproducción del saco, sino un tejido cicatricial tan denso que nos daba en la mayoría de los casos la sensación de la madera.

Pablo Bernard, queriendo suprimir el lagrimeo persistente con-

secutivo á la destrucción del saco, puso en práctica en 1843 la extirpación de la glándula lagrimal, operación que vino á demostrarle que no tenía nada de inofensiva y á convencerle además que las glándulas de la conjuntiva no eran suficientes por sí solas, para mantener la humedad del ojo, como habían afirmado Magendie y Martini, haciéndose necesario admitir, según su expresión, «un suplemento funcional.»

Por este motivo no se volvió á practicar dicha extirpación hasta seis años después por Textor, en Alemania, el cual la ejecutó dos veces tan sólo, modificando en parte el procedimiento operativo de P. Bernard. M. de Græfe, Weller, Stellway y Abadi hicieron después varias extirpaciones y raro es el que no ha tenido que lamentar la xeroftalmía después de la operación.

En estos últimos años se ha presentado un nuevo preconizador en Inglaterra: M. Z. Laurence, que dice haber conseguido por este medio la supresión de epíforas tenaces á los demás medios de tratamiento, pero tiene buen cuidado de ocultar las complicaciones que en su práctica se le hayan presentado.

Siempre que se verifica esta operación queda una cicatriz más ó menos deforme. Es verdad que puede quedar ésta oculta en el espesor de las cejas, si seguimos el procedimiento de Halpin, pero también lo es, que se hace preciso guardar una gran vigilancia con la sutura, porque con la mayor facilidad se extiende el pus hasta el tejido adiposo de la órbita y sobreviene inevitablemente una panoftalmítis, percañce que ni el mismo Desmarres se ha podido librar de que le ocurra.

Se ha observado también que en contadísimos casos cicatriza la herida por primera intención.

Vemos, pues, que los inconvenientes superan en demasía á las ventajas que nos proporciona este primer método de tratamiento.

SEGUNDO MÉTODO

**Conducto artificial para el paso de las lágrimas.**—Los creadores de este método se fijaron en el hueso unguis, porque una vez perforado, las lágrimas podían pasar directamente del saco al meato medio. Con este fin Voolhause desprendía primero la mucosa del saco lagrimal y perforaba luego el unguis colocando en el orificio una cánula de 12 á 18 milímetros de longitud. Los medios de perforación han variado mucho: Saint-Ives prefería el cauterio actual; Hunter ideó una cánula cortante; Gerdy un escalpelo encorvado en forma de podadera y cortaba el hueso por el conducto nasal; Reibart se servía de un perforador en forma de barrena y agrandaba luego el orificio con una cánula cortante; Foltz empleaba una pinza sacabocados: una de las ramas la introducía por la nariz, la otra en el saco lagrimal, previamente abierto, y, aproximándolas, sacaba una pequeña rodaja del unguis; Camuset lo perforaba por medio de una especie de trocar de dos milímetros de diámetro que introducía por el punto lagrimal inferior incindido. Y, por último, Laugier, por no ser menos que los anteriores, practicaba la perforación en la pared del seno maxilar. Es probable que no la realizara nunca y sólo expusiera su método, pues para él no podían pasar inadvertidos los serios inconvenientes que sobrevendrían al acumularse el pus en el seno maxilar, como tampoco que la perforación que recomendaba no aventajaba en manera alguna á la del unguis.

Tales procedimientos abandonados hoy día con sobradísima razón eran muy peligrosos. La fragilidad del unguis no respondía siempre á la acción de los instrumentos y el hueso se fracturaba apareciendo muchas veces la necrosis.

TERCER MÉTODO

**Restitución de las vías lagrimales á su estado normal.**—Con este fin han venido luchando los autores desde los más remotos tiempos : y buena prueba de ello es esa infinidad de procedimientos y ese sinnúmero de modificaciones que sólo nos sirven hoy día para demostrarnos cuan difícil es, en muchos casos, restaurar el curso normal de las lágrimas. Mejean quería obtener este resultado por medio de instrumentos dilatantes que introducía en el conducto lagrimal; Laforest, Gensoul y Beraud preferían el orificio inferior del canal nasal, y J. L. Petit introducía los dilatadores por una abertura artificial del saco.

Ahora bien, estos diversos métodos de dilatación ofrecían una multitud de modificaciones, no sólo relativas al modo de introducción y á la naturaleza de los cuerpos dilatantes, como eran bujías, mechas, bordones, etc., sino á la duración de su aplicación, que para unos autores era temporal y para otros permanente. Entre éstos últimos se encuentra Ware, que empleaba los célebres clavos de su nombre y cuyo procedimiento fué muy elogiado en Inglaterra y en América, hasta tanto que tuvo á bien decir Jameson que no había visto, en ningún caso, desaparecer por completo los inconvenientes de la fistula lagrimal y que ésta, á su parecer, era sostenida por la presencia del clavo. Malgaigne modificó el clavo de Ware y llegó á subsanar el inconveniente de que permaneciera la fistula al exterior, toda vez que el clavo se quedaba oculto dentro del saco lagrimal, pero tampoco quedó resuelto el problema, pues se hacía preciso retirarlo al poco tiempo de tenerlo puesto el paciente por ascender al ángulo interno del ojo y ocasionar no pocos sufrimientos. A Richer le tocó modificarlo más tarde y no recogió mejor fruto que los anteriores.

Lo mismo puede decirse de los procedimientos de Joubert, Du-

puytren, Pellier, Monro, y de todos aquellos que consisten en introducir, previa incisión del saco, una cánula en el conducto nasal. Sin referirnos á la cánula de Dupuytren, que por ser en extremo delgada está expuesta á salirse por las fosas nasales, y por su excesiva longitud ha llegado á veces, á perforar la bóveda palatina, sino á una cánula perfectamente construida y mejor aún colocada, siempre sobreviene alguna irritación; quéjense los enfermos de dolores intolerables, no son raras las neuralgias dentarias y frecuentemente se presenta la caries de los huesos limítrofes. Esto, respecto á las cánulas de platino y de oro, pues las de plata, como se alteran por las secreciones, se fraccionan al poco tiempo de puestas y salen por la nariz los fragmentos ennegrecidos.

Dentro de este mismo método tócanos hablar del procedimiento de Bowman; procedimiento de dilatación como los anteriores, con la única diferencia de ser temporal y verificarse el cateterismo por los conductos lagrimales previamente incindidos. La elección del conducto lagrimal varía según los autores. En general, puede decirse que en España é Inglaterra se prefiere el conducto inferior, mientras que en Francia y Alemania optan por el superior. Á nuestro juicio, es una cuestión de hábito solamente; pues vemos que para unos oftalmólogos es preferible el inferior, porque resulta más fácil el cateterismo y porque se presta mucho mejor que su congénere á una distensión conveniente; para los otros, no es necesario incindir el conducto lagrimal superior hasta la carúncula puesto que á nivel de su punto lagrimal es donde se encuentra el obstáculo que se opone á la penetración del catéter, y además porque atrayendo hacia arriba el párpado superior puede darse al conducto una dirección casi recta con el canal nasal, en donde debe penetrar la sonda. Como se ve, son objeciones de escaso valor y creemos que, según sean las circunstancias, así se deberá elegir uno ú otro conducto.

Las sondas de Bowman son estiletos de plata, cilíndricos y en núm. de 6. Su calibre está graduado de tal suerte, que el núm. 1

presenta el diámetro de una cerda gruesa, mientras el núm. 6 cuenta un vigésimo de pulgada, es decir, poco más de un milímetro. Desde el núm. 1 al 4 son las que se emplean, toda vez que el calibre de esta última sonda es más que suficiente para conseguir la permeabilidad de las vías lagrimales.

El cateterismo de estas vías, no se ha verificado solamente de arriba á abajo, sino también de abajo á arriba, por el conducto nasal: procedimiento de Gensoul, y que por estar completamente abandonado no nos ocuparemos de él.

Ya hemos dicho que para verificar el cateterismo se hacía preciso el desbridamiento de los puntos y conductos lagrimales, operación que no puede llevarse á cabo sin el auxilio de un cuchillo de punta roma, y de hoja lo bastante estrecha para que pueda penetrar por dichos conductos. Con este objeto pueden usarse: el cuchillo de Weber, que tiene su punta embotada; el de Bowman con la punta también redonda y sus bordes paralelos, y el de Liebreich con el corte más convexo que el de Weber y cuya disposición hace que sin necesidad de elevarlo desbride el canalículo.

Para emplear cualquiera de éstos, el de Weber, por ejemplo, se hace sentar al enfermo delante de una ventana, se estira el párpado inferior hacia abajo y afuera con el pulgar de la mano izquierda, si se trata del ojo izquierdo, y cogido el cuchillo como pluma de escribir con la mano derecha, se introduce verticalmente por el punto lagrimal, se incinde éste y dándole enseguida al cuchillo una dirección horizontal, pero cuidando de dirigir el corte hacia atrás y abajo, se desliza hasta alcanzar la pared interna del saco con el fin de incindirlo en toda su extensión.

Una vez desbridado el conducto lagrimal se puede introducir la sonda núm. 1 de Bowman; para esto, se la hace seguir dos direcciones: primero horizontal hasta que se encuentre una sensación de resistencia (ósea) que indica la pared interna del saco; en este momento se la hace girar colocándola verticalmente y se logra su penetración si se la dirige de arriba á abajo, de dentro á afuera y de

adelante á atrás, es decir, siguiendo una dirección que es, poco más ó menos, la del surco naso-labial prolongado.

El cateterismo de la vía lagrimal derecha puede hacerse de dos maneras : pulgar derecho dirigiendo el párpado hacia abajo y afuera é introducción de la sonda valiéndose de la mano izquierda; ó bien, el operador se coloca detrás del enfermo, con el pulgar izquierdo pone el párpado en posición y con la mano derecha dirige el estilete.

Éste debe entrar sin esfuerzo alguno : para esto conviene cerciorarse bien, de que se encuentra en su verdadera dirección y que no existe resistencia absoluta; pues con la mayor facilidad, el estilete puede tropezar con la mucosa que es sumamente delgada, y al forzar la presión seguirá un camino falso por la desgarradura que inevitablemente sobrevendría.

No es raro encontrar desde el principio un obstáculo infranqueable y observar que á la menor presión que ejercemos con la sonda el párpado desciende con ella. Esto sucede porque la punta de aquélla no está en el saco, sino apoyada en un pliegue de la mucosa que casi siempre se forma en la confluencia de ambos canales.

En este caso se volverá á llevar la sonda á su posición inicial y con el fin de que desaparezca este pliegue se tirará más fuertemente hacia abajo del párpado inferior. También habrá que retirarla cuando se tropiece con una resistencia dura, ósea, pues es casi seguro de que se sigue una falsa vía.

Algunas veces se hace preciso comunicar á la sonda un movimiento de rotación de arriba á abajo para hacerla penetrar. Cuando esto sucede ó cuando aquélla no penetra, sino después de ensayos reiterados durante varios días, se debe suponer un engrosamiento de la mucosa ó la existencia de fungosidades y de granulaciones muy desarrolladas.

Cuando por ningún concepto penetre el estilete en las fosas nasales debemos pensar que el canal se encuentra obliterado. Esta

obliteración depende algunas veces de un exóstosis, como Walther ha tenido ocasión de comprobar varias veces.

Por el contrario, tendremos completa seguridad de que la sonda ha recorrido todo este conducto, cuando el enfermo acusa la sensación especial que produce la presencia del instrumento en las fosas nasales. Si se ha erosionado la mucosa se presenta una pequeña rinorragia, que desaparece al momento con sólo hacer sorber al paciente un poco de agua fría.

Para practicar el cateterismo por el punto lagrimal superior, se colocará el cirujano detrás del enfermo para el lado derecho: delante para el izquierdo. Con el índice ó pulgar de la mano izquierda se levanta en línea recta la parte interna del párpado superior para evitar así la curvatura del conducto. El cuchillo se introduce primero perpendicularmente y después hacia abajo y adentro, procurando que el corte sea paralelo al borde extendido del párpado. Basta entonces hacer descender el cuchillo en esta dirección hasta llegar á la pared del saco, para que el conducto lagrimal quede seccionado por completo.

Para introducir una sonda no hay más que una vez que esté aplicada su extremidad inferior contra la pared ósea del saco, hacerla seguir directamente hacia abajo, sin olvidar que debe hacerse sin presión violenta y sin producir hemorragia.

La sonda debe introducirse cotidianamente y dejarse aplicada de 20 á 30 minutos. Progresivamente se aumentará su calibre hasta llegar al número 4; con éste sobra y basta, pues no conduce á nada, como ya veremos, emplear estiletes voluminosos.

Siendo en muchos casos la curación de las estrecheces por este procedimiento, muy lenta, y á veces nula, Weber <sup>(1)</sup> llamó la atención sobre su ineficacia creyéndola motivada no sólo en la forma cilíndrica de las sondas y en su pequeño diámetro, sino en la falta de elasticidad de las mismas; creía él que las sondas que reuniesen

---

(1) Archiv. für Ophthalmologie, t. VIII.



estas condiciones darían el resultado apetecido. Sustituyó, pues, los estiletos metálicos por las candelillas elásticas correspondiendo la más delgada al número 5 de Bowman y ultimaba la dilatación con candelillas de cera de forma cónica cuya extremidad más delgada medía unos 2 milímetros de diámetro y la base ó extremidad gruesa 4 milímetros.

Se comprenderá que para introducir estas candelillas, no sólo se hacía preciso abrir anchamente el conducto lagrimal, sino desbridar en parte el ligamento palpebral interno, y á pesar de todo, muchas veces no lograba Weber que la más fina de sus candelillas penetrara en el saco. Con este fin ideó una sonda metálica bicónica: una de sus mitades corresponde por la extremidad menor al número 1 de Bowman y por su base á 2 milímetros de diámetro. La otra mitad de la sonda ofrece 2 milímetros por su punta y 3  $\frac{1}{2}$  por su extremidad mayor. Su longitud, que para cada rama es de unos 35 milímetros, ofrece una escala de graduación con el fin de determinar el sitio de la estrechez.

Este procedimiento que se ha denominado de *dilatación forzada*—puesto que á renglón seguido puede hacerse penetrar el número 5 de Bowman—no deja de ser peligroso, bastando un ligero recuerdo de la disposición anatómica del conducto naso-lagrimal, para comprender que la introducción de un número más alto que el 4 de Bowman puede provocar por la violencia que es preciso imprimir á la sonda para franquear el conducto, una irritación traumática de la mucosa que más tarde contribuya á estrechar sus dimensiones: éste es un resultado contrario al que se solicita.

Critchett <sup>(1)</sup> admite que en muchos casos, sobreviene la atrofia de la mucosa, y creyó subsanar este inconveniente empleando sondas de laminaria digitata, sustancia que como medio de dilatación recomendó por primera vez M. Sloan.

Estas sondas eran de la misma longitud que las de Bowman,

---

(1) *Maladies des voies lacrymales.* 1864.

muy pulidas y privadas completamente de las sustancias salinas que en sí llevan <sup>(1)</sup>, pero tenían un inconveniente grandísimo, cual era su propiedad higrométrica, pues dilatándose por debajo de la estrechez se hacían muy difícil retirarlas, y al conseguirlo, rara vez dejaba de presentarse la hemorragia consecutiva al desgarramiento de la mucosa.

Vemos, pues, que entre los distintos medios de dilatación merecen la preferencia las sondas de Bowman, tanto más, cuanto que la introducción de éstas puede encomendársela á los mismos enfermos, como así venimos realizando de algún tiempo á esta parte.

Como complemento del método que estudiamos, debemos hacer referencia del propuesto por Stilling y que ha recibido el nombre de *stricturotomía*.

Stilling (de Cassel) basándose en la analogía que existe entre las vías lagrimales y las urinarias, pensó en un procedimiento que proporciona en urología rápidos y seguros resultados: la incisión de las estrecheces uretrales ó uretrotomía interna. Y para llevarlo á cabo en Oculística se sirvió de un cuchillo de punta redondeada y cuya hoja tenía la forma de un triángulo rectángulo muy estrecho. La longitud de la hoja medía 13 milímetros con una anchura de 3 milímetros en la base y  $\frac{3}{4}$  de milímetro en la punta.

Hoy día se practica esta operación por casi todos los oftalmólogos con el cuchillo de Weber, á pesar de que tenemos también el lacrimotomo de Giraud-Teulon y el cuchillo de Le-Fort. Este opera el desbridamiento por la progresión del mismo instrumento: el lacrimotomo es análogo á un uretrotomo y, por consiguiente, de precio algo elevado y difícil de manejar.

**Stricturotomía.**—Una vez seccionado el conducto lagrimal, como ya expusimos, en vez de retirar el cuchillo de Weber, se le imprime un movimiento de rotación alrededor de su punta, de mo-

---

(1) Las ramas desecadas de esta planta marina son las que se usan para fabricar estas sondas.

do que se ponga vertical y se dirige el corte hacia adelante. Sólo falta llevarlo hacia abajo siguiendo la dirección que expusimos al tratar del sondaje de Bowman.

Cuando notamos la sensación que nos da la estrechez, se hunde sin preocupación alguna, después se le retira para hundirlo de nuevo en otra dirección y de esta manera se va incindiendo profundamente hasta que pueda el cuchillo girar libremente en todos sentidos. Hecho esto se retira el instrumento, pero si se quiere que el ligamento interno sea fácilmente dividido basta poner en este momento, con el pulgar de la mano izquierda, algo tirante la comisura externa. Los resultados de la operación son tan benignos que pueden los pacientes entregarse á sus ocupaciones habituales desde el primer momento.

Stilling recomendaba no introducir sonda alguna después de la operación y abandonaba completamente á la naturaleza la curación de la misma. Sichel, por el contrario, practicaba enseguida el catterismo con una sonda parecida á la de Weber. Leon-le-Fort, y la mayoría de los oftalmólogos, verifican la dilatación seguida de inyecciones modificadoras; digamos, por lo tanto, algo sobre las

**Inyecciones.**—Los tópicos astringentes se han empleado en todo tiempo para curar la inflamación de las vías lagrimales; pero el mérito de las verdaderas inyecciones data tan sólo desde el 1872 y corresponde á Anel, que lo dió á conocer sirviéndose de una jeringa que lleva su nombre y que está todavía en uso. Ésta, algo mayor que una de Pravaz, lleva cánulas tan finas como para que pasen por los puntos lagrimales y otra de mayor calibre que requieren para su introducción el desbridamiento del conducto lagrimal.

Á Wecker se le ocurrió ahuecar las mal llamadas *sondas* de Bowman—puesto que son verdaderos estiletos—conocidas hoy con el nombre de *sondas huecas* que sirven á la vez como dilatadoras y como conductoras de las inyecciones, y son de una utilidad manifiesta en multitud de casos, hasta el punto que con una del número 2 que se adapte á cualquiera jeringuilla usual de cristal y cau-

chout pueden verificarse cuantas inyecciones se deseen, siempre que se haya desbridado el conducto lagrimal.

Pero el inyectar con una jeringa, sea cual fuere, produce si no se tiene mucho cuidado, movimientos bruscos de atrás á adelante, que molestan mucho al enfermo; por esta razón se servía Bowman de una pelota de cauchout provista de una cánula exactamente igual á la sonda hueca del núm. 4.

Nosotros, que acostumbramos á lavar el saco antes de verificar la inyección, no hacemos uso ni del aparato de Carreras Aragón, ni de la bomba de Fano; nos basta con tener una sonda hueca que hacemos adoptar por medio de una cánula á propósito al tubo de goma de un irrigador.

Una vez lavado el saco se desenchufa la cánula de la sonda y se adapta á ésta la jeringa cargada con la sustancia medicamentosa. Al verificar la inyección hay que ir ascendiendo poco á poco la sonda para que el líquido bañe por completo el conducto lácrimo-nasal. Si se tiene cuidado de ir bajando paulatinamente el émbolo de la jeringa no se le causa entonces molestia alguna al enfermo. Pero para verificar un lavado del saco debe preferirse el irrigador por las ventajas siguientes :

1.<sup>a</sup> Como la sonda hueca se continua con un tubo flexible se evitan las impulsiones que ocasiona la jeringa.

2.<sup>a</sup> La corriente es continua y la fuerza con que sale el líquido por la cánula se puede graduar á voluntad subiendo ó bajando el irrigador; y

3.<sup>a</sup> Toda nuestra atención la podemos concentrar en la sonda, y de esta manera nos es más fácil ir la retirando poco á poco y volverla á descender varias veces seguidas, para el mejor perfeccionamiento del lavado.

Primeramente se emplearon las inyecciones de agua tibia; después se han usado indistintamente soluciones alcalinas, astringentes, caústicas y antisépticas. Nuestro compatriota el Doctor Delgado Jugo, empleaba el borax, el sulfato de zinc y el de alúmina. M. Fa-

no <sup>(1)</sup> mezclaba partes iguales de agua destilada y tintura de yodo. Rean y Dubois, se servían de la solución de nitrato de plata al 1 por 100, y Warlomont y Testelin encomiaban como la mejor de las inyecciones, un colirio alcalino compuesto de : agua de potasa 5 gramos; tintura de catecú 12 decigramos; agua destilada 180 gramos. Este colirio por combinarse el álcali con el moco y formar una especie de jabón, no sólo lavaba perfectamente la mucosa del saco, sino que la modificaba por completo <sup>(2)</sup>. Nosotros podemos decir que lo hemos ensayado en varios enfermos sin resultados satisfactorios.

Modernamente recomiendan los autores : el tanino, el sulfato de zinc y el agua fenicada en la proporción de 1 por 100. La tintura de yodo pura ó mezclada con agua. El sublimado al 1 por 1.000, el lisol, el cloruro de quinina, el aldehído fórmico y el proteinato de plata. Estos dos últimos merecen le dediquemos algunas líneas, por ser los dos antisépticos, que en el estado actual se disputan la primacía.

El aldehído fórmico ó formol fué obtenido por Hoffman en 1868, pero hasta 20 años después no llamó Lowe la atención sobre sus propiedades antisépticas. Su entrada en Oculística fué debida á Valude en 1893, que le denominó *Colirio efficacísimo* por los buenos resultados que obtuvo de su empleo en las infecciones del globo ocular.

El Dr. Amblard, en Francia, es el primero que lo ensaya en la dacriocistitis; se decide partidario de este cuerpo, porque además de su poder antiséptico reúne la ventaja de ser un gran esterilizador y sumamente difusibles; por todas estas condiciones lo considera como el modificador por excelencia de la mucosa lácrimo-nasal.

La teoría de cómo el formol modifica esta mucosa, que ya sabemos se encuentra casi siempre con fungosidades, excrecencias polipoides, repliegues y bridas de tejido cicatricial, es ingeniosísima,

---

(1) *Memoire sur le catarrhe du sac lacrymal. 1863.*

(2) *Tom. supplementaire du Traité de Mackenzie. 1865.*

y así se comprende que el espíritu menos experimentador lo ensaye inmediatamente para gozar de tan felices resultados. Según la teoría, el aldehído fórmico por su gran difusibilidad, no sólo ataca á los gérmenes patógenos superficiales de la mucosa, sino á todos aquellos que se ocultan, por decirlo así, en los repliegues, bridas y anfractuosidades de la mucosa alterada.

Según Valude y Mariot, reúne también las ventajas de no atacar á los instrumentos, no coagular la albúmina y carecer de toxicidad.

Á raíz de la publicación de estos trabajos empecé con gran entusiasmo el ensayo de este cuerpo, previo consentimiento de mi querido maestro Dr. Nadalmay, que no sólo acogió satisfactoriamente la idea, sino que ha puesto á mi disposición cuantos enfermos se han presentado en la clínica durante los últimos 20 meses. Por este motivo, no desperdicio ocasión tan oportuna para hacer constar públicamente mi profundo agradecimiento al docto y digno Director del Dispensario Oftalmológico del Instituto Rubio.

Resultaría sumamente pesada y prolija la exposición de los primeros 28 enfermos que sometí á las inyecciones de aldehído fórmico, previo lavado del saco lagrimal con agua hervida; me basta consignar aquellos casos que juzgo más interesantes :

1.º *Antonia S.*—Dacriocistitis crónica, ojo izquierdo. Cuando se presentó en el Dispensario llevaba 3 años de padecimiento sin haber tenido jamás brotes agudos. Tratamiento : Estricturotomía con sondaje en los días sucesivos; al sexto penetró la sonda huca número 4 y se le hicieron lavados con agua hervida, tibia, é inyección alterna de formol. Fueron precisas 12 inyecciones para que la secreción moco-purulenta se volviera más escasa y fluida. Se le pusieron 16 inyecciones más y no se obtuvo ninguna nueva mejoría. En vista de esto y que la enferma se impacientaba, se cambió el formol por otras inyecciones que tampoco dieron resultado, teniendo necesidad de recurrir al legrado del saco lagrimal.

2.º *Sebastiana L.*—Dacriocistitis crónica doble. Á los dos meses

de presentárseles, tuvo un brote agudo en la del lado izquierdo, que terminó por fistula, cicatrizando á los pocos días y pasando al estado crónico. El mismo tratamiento anterior. Mejora rápidamente, hasta el punto que á la quinta inyección no sale gota de pus comprimiendo el saco del lado derecho; la secreción del lado izquierdo es escasa y todavía verdosa. Á las 10 inyecciones, esta secreción se torna blanquecina y casi transparente. Á las 15, parece completamente curada, pero no se le da de alta hasta 12 días después, en los que se le pusieron 3 inyecciones más. Á los 20 días vuelve otra vez con secreción moco-purulenta en ambos sacos.

3.º *Enrique P.*—Dacriocistitis aguda doble; 10 días. Tratamiento: Desbridamiento de los conductos lagrimales y lavado con inyección. Á las 12 inyecciones sobrevino tal mejoría, que creyéndose el enfermo curado abandona el tratamiento. Vuelve á los 16 días en peor estado que cuando se presentó por vez primera; se le ponen 20 inyecciones diarias y esta vez no se obtuvo resultado favorable.

4.º *Damián C.*—Dacriocistitis con fistula reciente en el ojo derecho. Se le ponen inyecciones por la misma fistula, rellenándola después con una tirilla de gasa. A las 8 inyecciones sale ésta seca del todo. Se deja cicatrizar la abertura y á los 15 días vuelve la supuración y la distensión del saco. Se le ponen entonces 15 inyecciones por el conducto lagrimal inferior previo desbridamiento y como no se obtiene mejoría, el enfermo se desespera y deja de aparecer por la consulta.

5.º *Luisa G.*—Dacriocistitis crónica, ojo izquierdo. Se le ponen 22 inyecciones y como no se modificó, absolutamente nada, la dacriocistitis, se procedió al legrado de la mucosa.

Inútil citar un número mayor de observaciones, por cuanto estos cinco casos son suficientes para confirmar que si bien algunos enfermos han mejorado y hasta en algunos ha desaparecido la secreción moco-purulenta, por lo pronto, he visto también sobrevenir el mismo resultado cuando, en vez del aldehído fórmico he acudido

á las inyecciones de tanino, de sulfato de zinc, de álumina, de quinina y glicerina, de ácido bórico y otras muchas que sería prolijo enumerar.

No me ha sucedido así, ni con el nitrato de plata (2 y 3 por 100), ni con la tintura de yodo mezclada con más ó menos agua. Con estos dos medicamentos no he podido obtener nunca la más pequeña mejoría, antes al contrario, siempre se ha agravado la dacriocistitis.

Superfluo parece decir, que siempre que se empleen las soluciones cáusticas hay que tomar precauciones, tanto en el momento de la inyección como para que el líquido que refluya por los puntos lagrimales no irrite la conjuntiva.

Para terminar con el aldehído fórmico, diremos que la titulación á que es preciso emplearlo (1 por 200), causa bastante dolor en los enfermos, y muchas veces hemos visto sobrevenir una hiperhemia conjuntival, bastante intensa, que no ha desaparecido hasta los cuatro días.

De todos los medicamentos que en inyecciones hemos ensayado, tan solamente dos merecen la preferencia: el clóruro mercuríco al 1 por 1.000 y el sulfato de zinc al 1 por 100.

En este último curso hemos usado además, un nuevo cuerpo llamado *Protargol* ó *Proteinato de plata* y del que no podemos quejarnos hasta la fecha. Se presenta bajo el aspecto de un polvo muy fino, amarillento y contiene un 8 o/o de plata. Se disuelve en el agua en todas proporciones y la solución es untosa al tacto; se vuelve espumosa cuando se agita, conservándose indefinidamente sin sufrir alteración y sin perder ninguna de sus propiedades.

Este medicamento es tanto ó más difusible que el formol; no coagula tampoco la albúmina y no es precipitado de sus soluciones por el cloruro de sodio, que, como sabemos, abunda en la secreción lagrimal. Con todas estas ventajas bien podemos explicarnos, que no sólo impregne el revestimiento epitélico de las mucosas, sino que imbibiéndose, pueda llevar su acción hasta los tejidos más profundos.

3

De las investigaciones realizadas por Neisser, principalmente en las uretritis blenorragicas, resulta que el protargol posee un poder bactericida bastante considerable, toda vez que los tubos de cultivos con siembra de gonococos se vuelven completamente estériles á la proporción de 1 por 200.

Como era absolutamente incolora la aplicación de este medicamento, lo pusimos inmediatamente en práctica y hemos obtenido desde el mes de Enero á la fecha algunos resultados completamente satisfactorios. Como muestra referiremos las siguientes observaciones :

1.<sup>a</sup> *Vicenta R.*—Doméstica, de 28 años y natural de Santander. Se presentó en el Dispensario en Octubre del año próximo pasado, con una conjuntivitis blenorragica, que pudimos averiguar le había sido transmitida por su compañera de habitación, la cual padecía de los órganos genitales.

A los diez días, casi curada de la conjuntivitis, se le presentó una dacriocistitis doble que sometimos desde el primer momento á las inyecciones de nitrato de plata; no nos dió resultado y acudimos al sulfato de zinc, que por la misma causa tuvimos que abandonar y recurrir al cloruro mercurico, con el que estábamos cuando empezamos á ensayar el protargol.

En esta época la enferma presentaba el tumor lagrimal izquierdo más acentuado que su congénere del lado opuesto. Cuando se comprimía daba un pus' verdoso con estrias sanguinolentas, bastante espeso y con un olor *sui generis*. El del lado derecho presentaba casi los mismos caracteres que en su principio : líquido más claro, más fluido, con ese olor especial que hemos indicado y saliendo mezclado con sangre al final de la compresión del saco.

A las 7 inyecciones de protargol se había modificado mucho el del saco izquierdo y casi curado el del derecho. Éste dejó de tratarse á las 12 inyecciones; el izquierdo necesitó 17 inyecciones más para que la enferma saliera completamente curada, al parecer.

En el período que necesitó la dacriocistitis del ojo izquierdo pa-

ra su curación—que siendo las inyecciones alternas, supone con los días festivos, unos 40 días próximamente,—la dacriocistitis del lado derecho no había presentado recaída. Suponemos sucedería lo mismo en el otro lado, pues no ha vuelto la enferma por la consulta.

2.<sup>a</sup> *María G.*—Natural de Madrid, de 19 años de edad y costurera de profesión. Se presentó en la Clínica el 14 de Enero del presente curso, manifestando que hacía una semana se le había presentado un lagrimeo continuo que le impedía realizar su trabajo. Á pesar de tan poco tiempo ya se manifestaba la distensión del saco lagrimal.

Esta enferma, que carecía de antecedentes hereditarios dignos de mención, había sido curada dos meses antes en la consulta, de una conjuntivitis purulenta y se le había dado de alta hacía dos semanas, cuando se presentó de nuevo con el siguiente estado actual : El globo del ojo y la mucosa palpebral no presentaban el menor indicio de la conjuntivitis que había sufrido. Al comprimir el saco se nos presentó la secreción moco-purulenta algo espesa y verdosa, nada sanguinolenta y su olor, aunque nauseabundo, no era como el de Vicenta R. Inmediatamente desbridamos el conducto lagrimal del lado afecto y se le puso la primera inyección que en todos los casos formulamos así :

De Protargol . . . . .	}	aa 5 gramos.
» Glicerina . . . . .		
» Agua destilada . . . . .		

D.<sup>e</sup>

De esta manera se obtiene un líquido viscoso que se adhiere á los sitios donde se aplica, obrando por consiguiente el medicamento mucho más tiempo. Un total de 12 inyecciones alternas fueron suficientes para dar por curada esta dacriocistitis, que hasta la fecha no se ha vuelto á reproducir.

3.<sup>a</sup> *Carolina P.*—Natural de Ávila, 36 años, cigarrera y sin antecedentes patológicos que tengan relación con la dacriocistitis que presenta en el ojo izquierdo : ésta lleva una marcha tan crónica que

de dos años á la fecha (4 de Febrero) no ha presentado período agudo. El líquido que nos da la compresión del saco es muy fluido y amarillo claro, poco filamentoso y sin olor repugnante; la distensión del saco muy poco pronunciada. Tratamiento: Veintidós inyecciones alternas de protargol fueron precisas para la curación radical. Como estos casos podríamos presentar una docena, pero ¿vamos á decir por eso que el proteinato de plata es eficaz en la dacriocistitis? De ningún modo: tenemos un mayor número de observaciones que darían un mentís al que tal dijera.

Hemos observado que á la 4.<sup>a</sup> ó 5.<sup>a</sup> inyección verificada con este medicamento, suele dar sangre, en algunos enfermos, la mucosa del saco. Mas esto no es de temer, pues desaparece á los pocos días de insistir en el mismo tratamiento; y en cuatro casos que no sucedió así, lo conseguimos al instante aumentando la titulación al 10 por 100. Desde luego podemos sentar que en toda dacriocistitis que á los 20 días no se obtenga una mejoría notable con las inyecciones propuestas, es inútil insistir en su empleo. Entonces debe procederse á incidir con el escalpelo la pared anterior del saco por debajo del ligamento palpebral, introducir una cucharilla fina de legrado y practicar un raspado completo de la mucosa. Algunas veces, sobre todo en la de origen tuberculoso, hay que tocar la superficie cruenta con la solución concentrada de cloruro de zinc; otras, es bastante después del legrado, lavar profusamente con la solución del cloruro mercuríco al 1 por 1.000 ó al 1 por 500. Después se rellena la herida con una mecha de gasa y diariamente se renueva la cura hasta la cicatrización. Verificada ésta, es conveniente por un espacio de tiempo, que variará según las circunstancias, practicar el cateterismo seguido de algunas inyecciones para asegurar la permeabilidad de las vías lagrimales. Hé aquí el procedimiento que seguimos, á imitación de Fano, Trousseau y otros autores, por ser el más inofensivo y el que da mejores resultados de los conocidos á la fecha.

En la dacriocistitis aguda, basta muchas veces la estricturoto-

mía para que desaparezcan los fenómenos inflamatorios. Sobre la parte enferma se colocarán compresas empapadas en una solución de ácido bórico caliente y se practicará el cateterismo y las inyecciones.

Si la distensión del saco es tal que amenaza con su ruptura, se le dará salida al pus por la incisión directa del saco y se obra luego siguiendo la misma marcha que expusimos al hablar del legrado.

Por último, si se trata de una fistula lagrimal basta cuidar la dacriocistitis para verla desaparecer rápidamente.

De todo lo que llevamos expuesto, se desprende que la terapéutica más racional y científica que en este proceso debe seguirse es la siguiente :

*Dacriocistitis de origen mucoso* : Incisión del conducto lagrimal inferior ó superior, stricturotomía, cateterismo diario é inyecciones antisépticas precedida del lavado del saco con agua hervida. En las de origen nasal hay que coadyuvar este tratamiento con las duchas nasales antisépticas si queremos obtener el resultado apetecido; asimismo no podemos prescindir del tratamiento que requiera la conjuntiva en aquella dacriocistitis de origen conjuntival.

El tratamiento general no debe nunca olvidarse. El Dr. Galezowski recomienda la quina, el arsénico y los ferruginosos; y en aquellas que dependen de la influencia gripal aconseja el empleo metódico y prolongado del clorhidrato de quinina (un sello de 0'25 gm. diariamente).

*Dacriocistitis de origen óseo* : Puede decirse que en estos casos huelgan las inyecciones. Desde luego hay que prescribir el tratamiento general que esté indicado y practicar cuanto antes mejor, el legrado de la mucosa del saco.

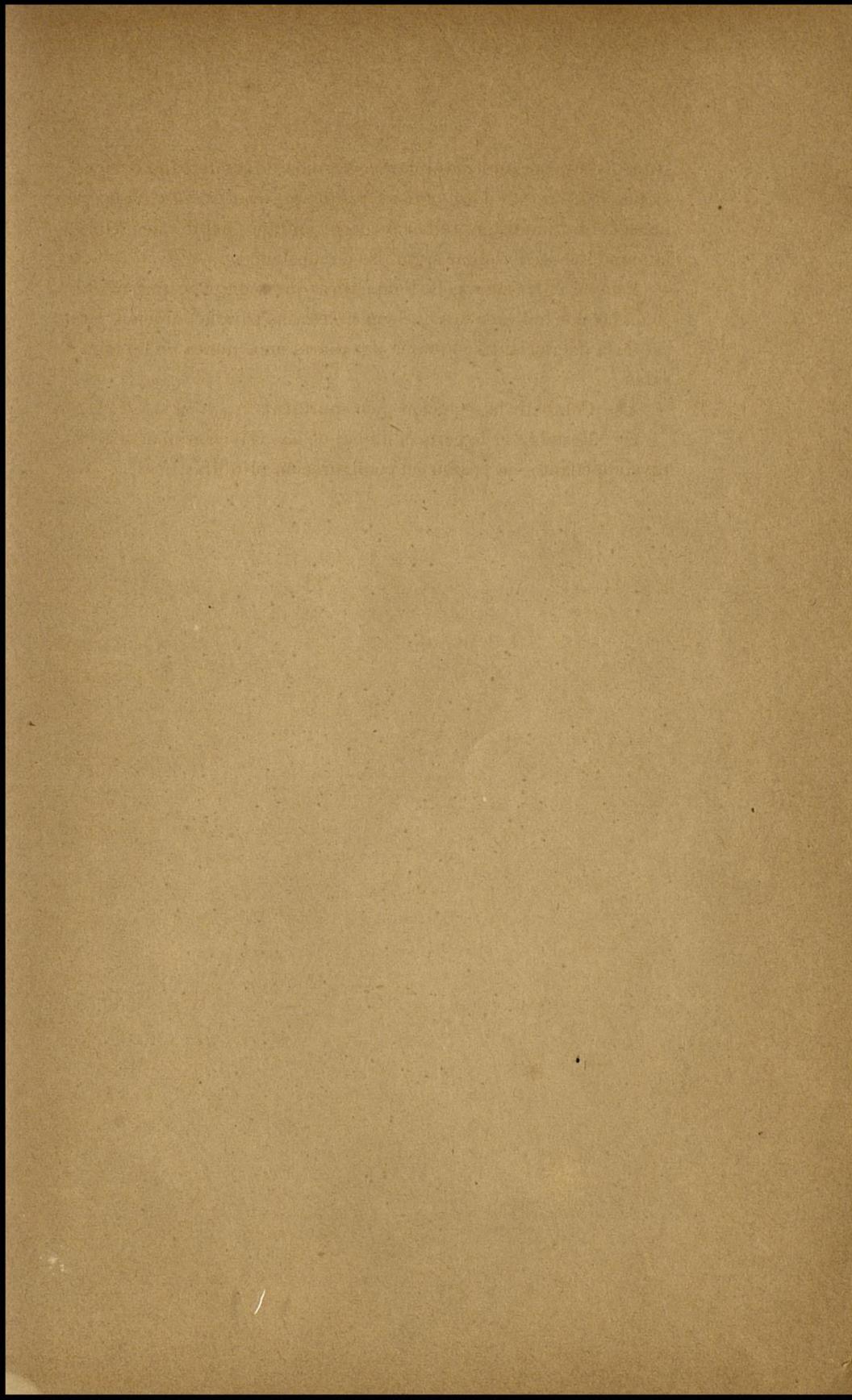
En las de origen sifilítico, siempre que el proceso no esté muy avanzado, preferimos el cateterismo y las inyecciones del sulfato de zinc sin olvidar el tratamiento mercurial, que es indispensable.

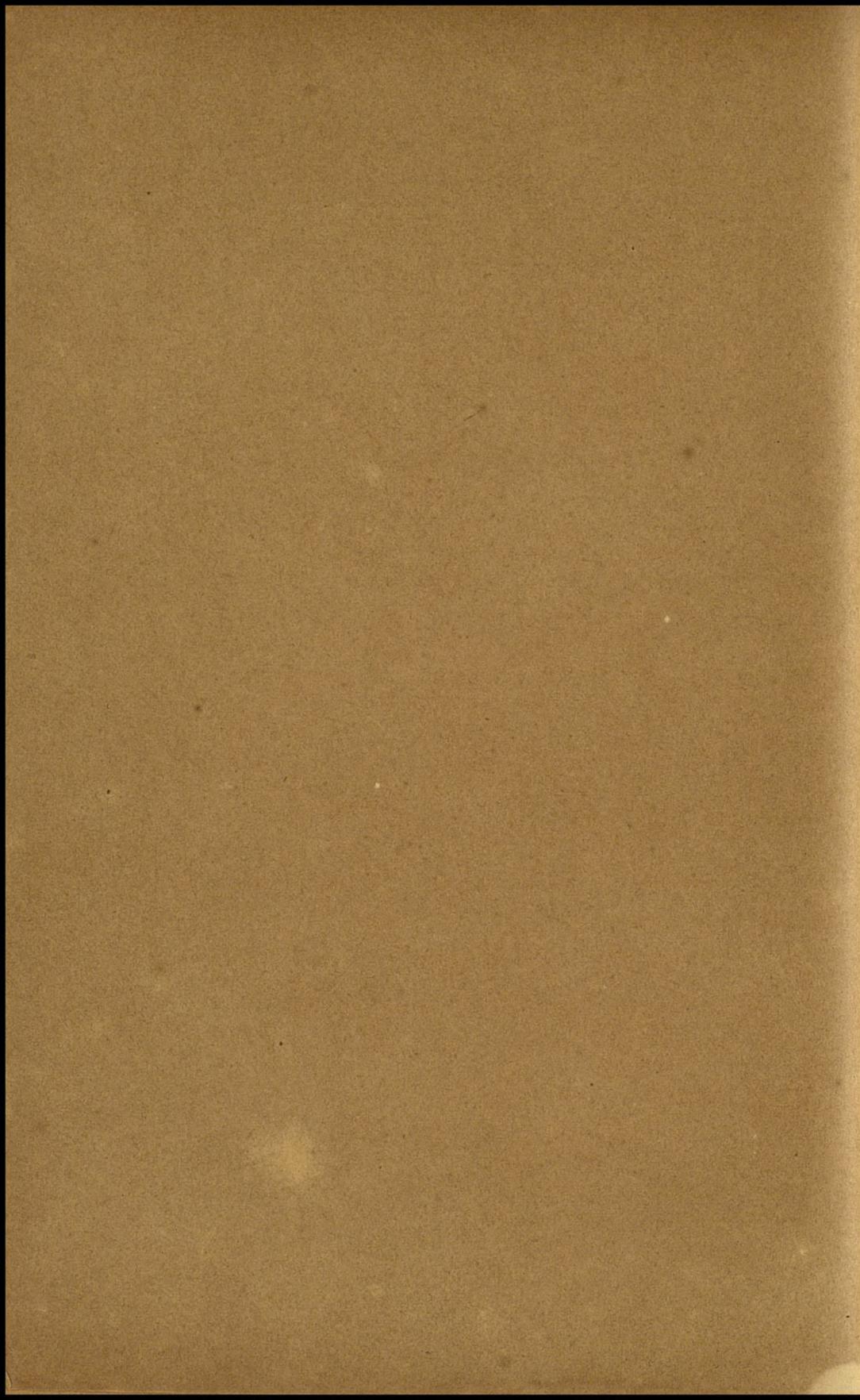
En cuanto á la dacriocistitis que reconocen por causa un traumatismo, un tumor, ó un cuerpo extraño, diremos que se curan al-

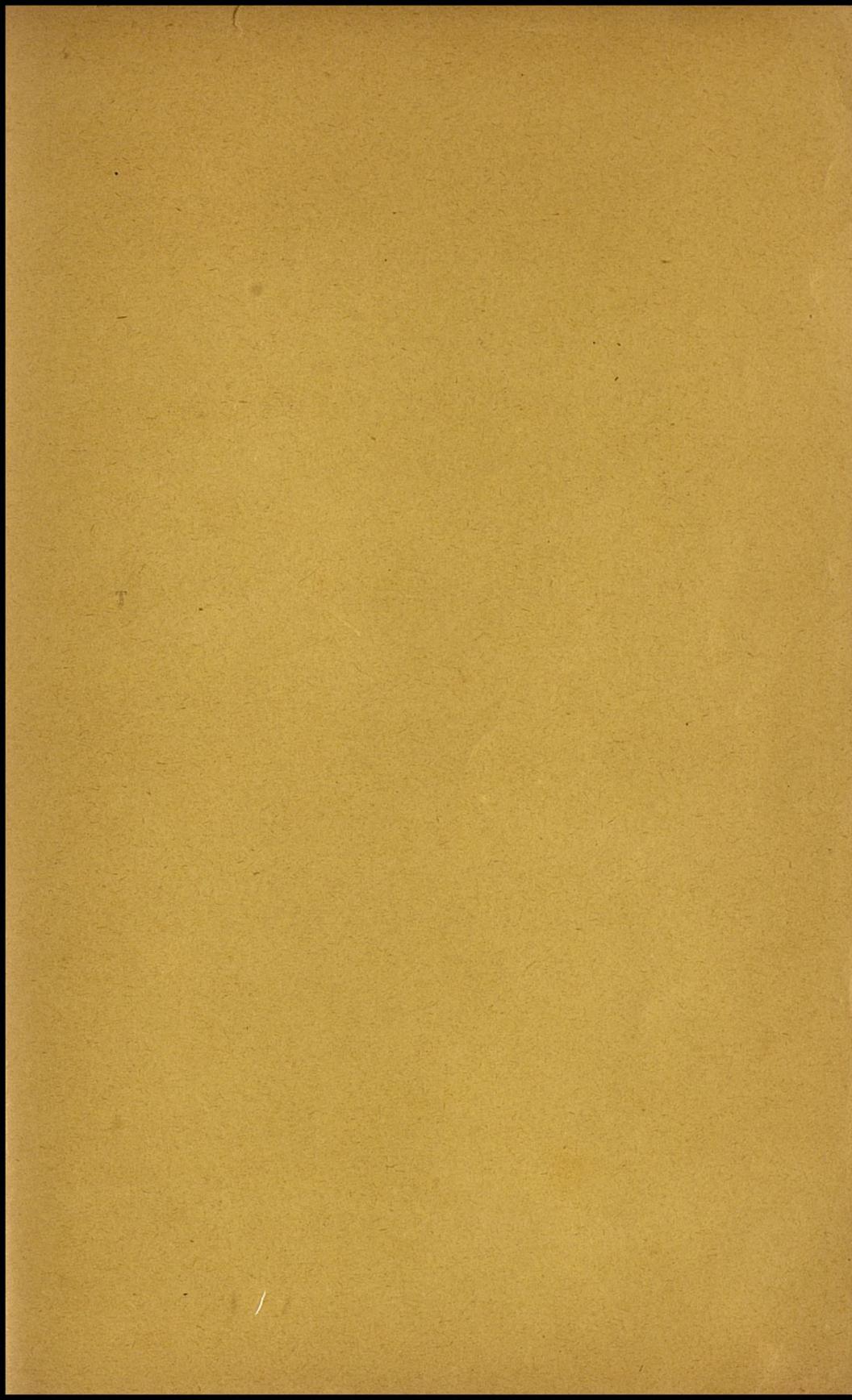
gunas veces con la estricturotomía, seguida de cateterismo é inyecciones. Si con esto no se obtiene resultado, (condiciones excepcionales del traumatismo, tumor ó cuerpo extraño) habrá que incindir la pared del saco y obrar según las circunstancias.

Esta es, en resumen, la terapéutica que seguimos, puesto que llena las dos indicaciones que son necesarias para la curación radical de la dacriocistitis y que no nos cansaremos nunca de repetir, á saber :

- 1.<sup>a</sup> Combatir la secreción moco-purulenta.
- 2.<sup>a</sup> Restablecer la permeabilidad de las vías lagrimales, restituyendo cuanto sea posible su configuración primitiva.







## PUBLICACIONES DEL MISMO AUTOR

---

**EL ESQUELETO**, publicado en *El Correo de Sevilla*, 1893, y en *El Siglo Médico*, núm. 2.370, Madrid, 1899.

**VOCABULARIO DE SINTOMATOLOGÍA**, Jerez de la Frontera, 1895.

**CREENCIAS POPULARES QUE PERJUDICAN Á LA MEDICINA**, publicada en *El Guadalete*, núm. 13.084, Jerez, 1898.

**¿SARCOMA Ó QUISTE?** *El Siglo Médico*, núm. 2.360, Madrid, 1899.

**ETIOLOGÍA Y PATOGENIA DE LA DACRIOCISTITIS**, *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, núm. 2, Madrid, 1899.

---

*Esta monografía se halla de venta al precio de **DOS PESETAS** en las principales librerías y en casa del autor, Por-vera, 59, Jerez de la Frontera, quien la remitirá certificada y sin aumento alguno, á cuantos la soliciten.*