

LA DACRIOCISTOSTOMIA ENDONASAL

TESIS

PRESENTADA ANTE LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA

POR

JUAN RAFAEL HERRADORA

Ex-interno de los Hospitales y ex-Cirujano Militar en la frontera Occidental

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

ENERO DE 1921

GUATEMALA, C. A.

TIPOGRAFIA SANCHEZ & DE GUISE
8.ª Avenida Sur, N.º 24.



INTRODUCCION

El método que me propongo describir, determinado por la nueva orientación que la cirugía ocular quiere dar al tratamiento de la Dacriocistitis Crónica, consiste en la extirpación del saco lagrimal, no por una incisión a través de la piel, cerca del ángulo interno del ojo—método clásico—sino por la vía endonasal—método de West—evitando de este modo al enfermo, la probabilidad de una cicatriz visible en la cara y de aspecto desagradable.

Algunas veces pone de manifiesto este método una infección solapada de las celdas etmoidales anteriores, causa posible de la Dacriocistitis, la que entra en una vía de reparación más o menos pronta, al abrir, el método que preconizamos, un amplio desagüe endonasal, y que, a no ser por ésto, permanecería desconocida, insidiosa y sin tratamiento a lo cual nos conduce el procedimiento de Meller, que en el presente caso pierde su valor terapéutico.

Estas razones son suficientes para justificar la preferencia que debe darse al método de West.

En los Servicios de Oftalmología, se marcha hoy por esta nueva senda, gracias a la amabilidad del Señor Doctor Don Mario J. Wunderlich, quien tuvo la bondad de esta iniciativa, suministrando la primera literatura que a este respecto llegó a nuestro conocimiento, y a la del Doctor Don Antonio G. Valdeavellano, quien con un decidido espíritu de innovación, practicó hábilmente las primeras operaciones, cuyo relato aparece en el curso de este trabajo.

DACRIOCISTITIS CRONICA.

La Dacriocistitis Crónica, cuya historia constituye un relato pintoresco, data de la más remota antigüedad. Se sabe que en el pueblo egipcio era conocido ya mil años antes de Hipócrates. Más tarde Archigene, Antillus, Severus, etc., nos dan a conocer lo que la ciencia de aquel entonces designó con los nombres de *aegilops* o *anchilops*, *apostema* o *meliceris*, según que la Dacriocistitis se acompañara o no de fístula, o que constituyera un absceso o un quiste mucoso.

ETIOLOGIA

Son numerosas las causas que predisponen a la Dacriocistitis Crónica. Es más frecuente del lado izquierdo, quizá por ser este lado a veces más estrecho, (Terson); la herencia, el sexo femenino (se ignora el motivo,) la raza israelita (por la forma de la nariz, estrechez de los canales, linfatismo, etc.,) los vicios de refracción, la debilidad general y ciertas profesiones (como la de segador en la cosecha de cereales) constituyen causas predisponentes de importancia.

Estas mismas causas asociadas a un retardo en el desarrollo de la parte inferior del canal con persistencia momentánea de un opérculo mucoso fetal, pueden actuar con valor etiológico en el origen de la dacriocistitis congénita. Entre las diátesis, la tuberculosis y la escrófula juegan un gran papel. La sífilis actúa por periostitis y gomas precoces y tardías o por la dacriocistitis concomitante con la roseola. Las fiebres eruptivas y demás infecciones generales agudas figuran como causas más raras.

Entre las causas de vecindad se considera como de las más frecuentes las afecciones faringo-nasales crónicas, la otitis, los diversos catarros y rinitis, los pólipos mucosos, el lupus y las vegetaciones adenoideas. Pueden considerarse también, aunque con menor valor, las sinusitis, los rinolitos y cuerpos extraños, los tumores, las desviaciones de los cornetes, las cicatrices sifilíticas nasales y el rinoescleroma.

Otras causas: el cateterismo séptico, es decir, con sondas no esterilizadas; los traumatismos (fracturas de la nariz;) la actinomicosis y el lupus palpebrales; la propagación de una afección conjuntival, sobre todo crónica, y en particular el tracoma.

SINTOMAS

Es la epífora el síntoma que más molesta a los enfermos y que más llama la atención a primera vista. Esta consiste en un lagrimeo acompañado de mucosidades que se desecan en el ángulo interno de los párpados, sobre todo por la mañana al despertar; el lagrimeo aumenta bajo la influencia de distintas causas: frío húmedo, mirada sostenida hacia un objeto, principalmente sobre la luz artificial, etc.

Puede, sin embargo, este síntoma ser debido a causas muy diferentes como sucede con la hipersecreción lagrimal de causa nerviosa que sobreviene por crisis (lagrimeo histérico, lagrimeo tabético.) En los tabéticos se han notado también lágrimas de sangre que, más que a una hemorragia lagrimal, parecen ser debidas a una hemorragia en superficie de la conjuntiva. (F. Terrien.) En esta misma clase de lagrimeo por hipersecreción se debe comprender el producido por una irritación ocular o palpebral que se está siempre obligado a buscar (cuerpo extraño, erosión de la córnea, pestaña desviada, queratitis, etc.) (F. Terrien.)

Las conjuntivas ocular y palpebral, el fondo de saco y el repliegue semilunar, se encuentran irritados; los bordes de los párpados enrojecidos y con frecuencia aparece una blefaritis ciliar rebelde.

Un tumor al nivel del unguis y la apófisis ascendente del maxilar superior se presenta de un modo visible. Si se comprime suavemente dicho tumor, se ve derramarse a través de los orificios lagrimales, un líquido claro, filante y algunas veces francamente purulento. En una época más avanzada de la enfermedad, el tumor es bien aparente, llega a adquirir las dimensiones de una almendra. Comprimiéndolo se vacía por su parte superior o, eventualmente, por las fosas nasales.

Algunos enfermos dicen tener una sensación de sequedad en la nariz y la atribuyen, con razón, a la falta del paso de las lágrimas.

Sin embargo de lo dicho anteriormente, un flegmón de aparición súbita puede ser la primera demostración de una dacriocistitis (Terson.)

EVOLUCION Y COMPLICACIONES

Aunque esta enfermedad puede permanecer indefinidamente estacionaria, constituye un peligro permanente para la córnea y pone al enfermo bajo la amenaza de una complicación flegmonosa que, llegando a la supuración, le puede conducir a las enfermedades siguientes: a una conjuntivitis lagrimal (Mackensie y Galezowsky,) de origen frecuentemente estreptocócico (Morax,) con iritis por diálisis tóxica o sin ella (Bardelli,) la que poco a poco conduce a la blefaritis, al ectropión y a una especie de atrofia de la mejilla que se pone lisa y luciente; al flegmón de la órbita.

(Rockliffe, Baas); a la neuritis con atrofia del nervio óptico; a la panoftalmía metastásica; a las queratitis perforantes que sobrevienen al menor traumatismo, principalmente en las épocas secas con motivo de las cosechas (Terson) por los pelillos vegetales que, arrojados por el viento, vienen a lastimar la córnea; a la erisipela recidivante, por emigración del estreptococo fuera de las vías lagrimales (Widmark); a la fístula lagrimal cuyo repugnante aspecto molesta tanto a los enfermos y la cual puede complicarse de lupus si el enfermo sufre a la vez de lupus nasal (Arnozan, cit. por Terson.)

DIAGNOSTICO

Frente a un enfermo que, en la región del saco lagrimal, presenta un tumor sin apariencia inflamatoria, debemos establecer si este tumor depende o no de las vías lagrimales.

En el primer caso, es decir, si el tumor ocupa el lugar del saco y la menor presión es seguida del derrame de un líquido filante, semejante a la clara de huevo, por cualquiera de los puntos lagrimales, podemos afirmar que se trata de una *Dacriocistitis Crónica*.

Si el líquido derramado es purulento, la dacriocistitis toma el nombre de *Empiema del Saco Lagrimal*.

Cuando el tumor se vacía y el dedo llega a sentir el plano óseo y si la inyección de una solución antiséptica cualquiera a través de un canalículo dilatado, reproduce el tumor, el diagnóstico de dacriocistitis crónica es seguro.

Cuando a pesar de la presión digital no se hace la evacuación *completa* del contenido del tumor, hay lugar a pensar en la presencia de *fungosidades de la mucosa*, las cuales se encuentran particularmente en los sacos que han sido el asiento de inflamaciones propagadas al hueso y a la piel, casi siempre de *origen sifilítico o tuberculoso*.

Si, después de exprimir el tumor, éste no se vacía, se debe pensar en un *mucocele enquistado*, o en una *colección purulenta* cercada por el saco y una expansión aponeurótica del músculo orbicular; en un tumor desarrollado en el saco, como un *pólipo* o un *fibroma*; en un tumor venido de las cavidades vecinas (fosas nasales y seno maxilar) y que ha invadido el saco a través de la pared ósea.

En el segundo caso, cuando el tumor es independiente del aparato lagrimal, la duda solo puede existir si éste ocupa exactamente la región del saco. En tal caso es necesario tener presente los conmemorativos del enfermo, investigar si es buena la permeabilidad de las vías lagrimales y si existe lagrimeo.

Si las vías lagrimales están obstruídas, si hay lagrimeo y si los conmemorativos del enfermo nos lo indican, se podrá pensar, si se trata de un joven, en un *quiste dermoideo* o en un *quiste seroso congénito*, o en un *quiste sebáceo* en el adulto; en una *exostosis* o en una *goma sifilítica* de la apófisis ascendente del maxilar superior.

El diagnóstico es algunas veces más delicado entre la *pericititis lagrimal* y la *sinusitis etmoidal* invadiendo la órbita y la *periostitis aguda* que se observa en los sujetos jóvenes. (Morax.)

ANATOMIA REGIONAL

Las lágrimas derramadas en la parte externa del fondo de saco conjuntival se extienden, gracias a los movimientos de los párpados, sobre la cara anterior del ojo y tienden después a acumularse al nivel de la parte interna o lagrimal del borde libre de los párpados. Este *lago* lagrimal, en que se acumulan las lágrimas, está ocupado, en parte, por la saliente de la carúncula que desvía las lágrimas hacia los puntos lagrimales, de donde pasan a los conductos lagrimales, que las derraman en el saco lagrimal y de allí al canal nasal. Este último evacúa finalmente su contenido en el meato inferior de las fosas nasales.

Configuración exterior.

Tubérculos y puntos lagrimales.—Los puntos lagrimales ocupan el vértice de la eminencia formada por los tubérculos lagrimales; se distinguen de los orificios de las glándulas de Meibomius por un orificio un poco más considerable. El punto inferior está a 6 m m. 5 de la comisura palpebral interna, el superior está a 6 m m. De ahí su yuxtaposición y no su superposición cuando los párpados están cerrados. La eminencia de los tubérculos parece acentuarse con la edad.

Conductos Lagrimales.—Estos conductos están situados en el espesor de la porción lagrimal del borde libre de cada párpado.

Se reúnen más allá de la comisura interna para formar el canal de unión que se dirige al saco lagrimal. Cada conducto está acodado en ángulo recto y presenta así una porción vertical y otra horizontal. La porción vertical comienza por un *infundibulum* cuya base está en el punto lagrimal y cuyo vértice lleva el nombre de *angustia*. Esta porción tiene 1 m m. de longitud. La porción horizontal tiene un calibre muy irregular y una longitud de 6 a 7 m m. Esta porción antes de llegar al *canal de unión* está recubierta por el ligamento palpebral interno que le es adherente por un tejido flojo. Antes de reunirse para formar el canal de unión, los conductos deben perforar separadamente el puente perióstico que, dirigiéndose de la cresta lagrimal del unguis, a la cresta lagrimal de la apófisis montante del maxilar superior, transforma la fosa lagrimal ósea en una especie de cavidad cerrada. Es en esta cavidad en donde se aloja el canal de unión. Tiene una dirección casi horizontal y una longitud de 0 m m. 8 a 3 m m. Desemboca en el saco lagrimal a poca distancia de su vértice, hacia atrás del ligamento palpebral interno. A veces los dos conductos pueden desembocar separadamente en el saco lagrimal.

Saco lagrimal.—El saco lagrimal está situado en la parte interna de la base de la órbita. Es un depósito membranoso, cilíndrico, algo inclinado en su extremidad superior, sobre el plano sagital y cuyo eje mayor está débilmente encorvado hacia atrás. Mide de 12 a 14 m m. de altura y tiene una capacidad mediana de 20 m m. cúbicos que puede alcanzar hasta 120 centímetros cúbicos. La extremidad superior, o fondo del saco lagrimal, está situada entre el músculo orbicular hacia adelante y el ligamento ancho de los párpados hacia atrás. Esta sobrepasa generalmente el borde superior del ligamento palpebral interno y se encuentra a 15 m m. por debajo de la polea del gran oblicuo; a este nivel pasan: la raíz inferior de la vena oftálmica superior, la arteria nasal y el nervio nasal externo. La cara anterior está en relación con el ligamento palpebral interno que la cruza transversalmente. La cara posterior corresponde al tendón reflejo del músculo orbicular acompañado del músculo de Horner. La cara externa está comprendida en el ángulo de separación del tendón directo y el tendón reflejo del músculo orbicular. La cara inferior está unida al perióstio por un tejido de fibras conjuntivas, en el cual se encuentra un plexo venoso muy desarrollado. Profundamente, esta

cara corresponde al grupo de celdas etmoidales anteriores. El saco lagrimal está tapizado por una mucosa delgada de coloración rosada. Este saco presenta frecuentemente dos dilataciones: la una ocupa la pared externa del canal, es el *seno de Maier*; la otra ocupa la pared anterior, es el *recessus de Artl.* Los dos conductos lagrimales desembocan algunas veces en el primero de estos senos.

Canal nasal.—Este canal hace continuación al saco lagrimal y viene a abrirse en el meato inferior de las fosas nasales. El canal tiene la forma de un cilindro aplastado lateralmente. Su diámetro anteroposterior mide 3 m m., su diámetro transversal 2 m m. 5 próximamente. El canal está unido sólidamente al perióstio del canal óseo que lo contiene por una capa de tejido conjuntivo, incluyendo un plexo venoso. El canal óseo hace hacia afuera, sobre la pared interna del seno maxilar, una ligera saliente vertical; hacia adentro, corresponde a la pared externa de las fosas nasales al nivel de la parte anterior del cornete mediano.

El orificio inferior del canal nasal se encuentra en la unión del cuarto anterior con el primer cuarto medio del meato inferior, punto que dista 3 c m. del borde inferior del orificio posterior de la ventana correspondiente. Este orificio afecta generalmente una forma ovalada con su mayor eje vertical. Otras veces es redondeado. Está generalmente colocado a 4 o 5 m m. por debajo del canal óseo.

Un gran número de pliegues mucosos, situados sobre la mucosa de las vías lagrimales, han sido descritas con el nombre de válvulas de Bochdaleck (al nivel de los puntos lagrimales,) válvula de Foltz (al nivel de la angustia,) válvulas de Rosenmüller y de Huschke (al nivel del orificio del seno de Maier en el saco lagrimal,) válvula de Béraud (al nivel del orificio superior del canal nasal) y válvula de Taillefer (al nivel de la parte mediana de este canal.) En fin, en el borde interno del orificio terminal del canal, existe una especie de repliegue mucoso, constante, es la válvula de Horner que representa un vestigio del diafragma membranoso que obtura el orificio nasal de las vías lagrimales antes del nacimiento.

ESTRUCTURA

Las vías lagrimales están tapizadas por una mucosa que se continúa hacia arriba con la conjuntiva y hacia abajo con la pituitaria. Esta mucosa está reforzada sobre los conductos lagrimales por la vaina muscular dependiente del orbicular y del músculo de Horner, y por una envoltura conjuntivo-elástica. Sobre el saco

lagrimal y el canal nasal la mucosa está igualmente reforzada por una espesa capa fibro-elástica surcada de canales venosos.

La mucosa contiene un epitelio que descansa sobre una membrana basal; es pavimentoso, cilíndrico, estratificado. En cuanto al dermis, está infiltrado de células linfáticas frecuentemente dispuestas en folículos.

VASOS

El saco lagrimal y el canal nasal reciben sus arteriolas de la palpebral inferior y del ramo interno de la nasal.

Las venas desembocan en las venas supraorbitarias y en la vena angular de la cara.

Los linfáticos son tributarios de los ganglios retrofaríngeos, parotídeo y sub-externo mastoideo.

Los nervios provienen del nasal externo, salvo para la parte inferior del canal nasal que recibe filetes de los nervios dentarios anteriores.

INERVACION DE LAS FOSAS NASALES

La mucosa nasal recibe dos clases de nervios: los nervios de la sensibilidad general y los nervios de la sensibilidad especial. Nos ocuparemos solamente de los primeros.

Los nervios de la sensibilidad general emanan del trigémino por intermedio de las cinco ramas siguientes:

1.º—*el nasal interno*, rama del oftálmico, que se ramifica en la parte anterior de la mucosa, tanto sobre la pared interna como sobre la pared externa de las fosas nasales.

2.º—*el esfeno-palatino interno y el esfeno-palatino externo*, ramas del ganglio de Meckel, que se distribuyen así: el primero en la mucosa del tabique, el segundo en la región de los dos cornetes superiores.

3.º—*el nasal posterior*, rama del palatino anterior que se esparce en el cornete inferior.

4.º—*el ptérigo palatino*, rama posterior del ganglio de Meckel, que se distribuye en la parte posterior y superior de la pituitaria, en la vecindad de la trompa de Eustaquio.

Las fibras nerviosas que provienen de estas diferentes ramas se terminan por extremidades libres, en parte en el corión mucoso (principalmente sobre las glándulas,) en parte en el espesor mismo de la capa epitelial (Von Brunn, Lenhossek, Cajal, Retzius, Kallius.) Estas terminaciones libres inter-epiteliales se encuentran aún en la parte olfatoria de la mucosa, lado a lado de las células olfatorias. (Tomado de L. Testut.—*Traité D'Anatomie Humaine*. Paris 1911.—Pág. 428).

FISIOLOGIA

Las lágrimas secretadas por las glándulas lagrimales, se reparten uniformemente sobre la conjuntiva palpebral, la ocular y la superficie de la córnea para lubricarlas. Esta secreción se verifica por acción-refleja, o bien por acciones psíquicas y, patológicamente, por inflamaciones o acción mecánica. En el estado normal las glándulas secretan muy poca cantidad de lágrimas, pero siempre mayor que las que se pudieran evaporar en el saco conjuntival, de manera que el excedente desaparece por las vías lagrimales y se consume en las fosas nasales. Para explicar el paso de las lágrimas por las vías lagrimales hacia el meato inferior de las fosas nasales, se han emitido varias hipótesis. Unos lo atribuyen a la aspiración que se produce en las vías lagrimales, por disminución de la presión del aire en las fosas nasales en el momento de la inspiración; otros piensan que se debe a las contracciones del músculo de Horner y del orbicular de los párpados, obrando como dilatadores; varios creen que un sistema de válvulas es lo que facilita la progresión de las lágrimas hasta la mucosa nasal; pero se conviene con mejores probabilidades de acercarse a la verdad, que el paso de las lágrimas a las fosas nasales, se hace por capilaridad.

TRATAMIENTO

Registra la ciencia oftalmológica dos sistemas distintos en el tratamiento de la dacriocistitis: el uno modifica la permeabilidad de las vías lagrimales con la conservación del aparato excretor; el otro ataca la integridad de este aparato haciendo la extirpación del saco lagrimal.

Una breve consideración sobre estos dos sistemas nos podrá revelar los múltiples esfuerzos hechos por la cirugía ocular para llegar al fin lógico del tratamiento, es decir, a la curación definitiva de la enfermedad. El primero tiene su principio en el año de 1713, cuando el profesor Anel publicó su descubrimiento sobre el cateterismo de las vías lagrimales, quien para ejecutar esta operación se servía de una sonda de oro del grueso de una crin, terminada en una punta olivar, y que introducía diariamente por el punto lagrimal superior, inyectando a la vez por el canalículo inferior, con la jeringa que lleva su nombre, una solución astringente. La estrechez de las vías de acceso al saco, es decir, del canalículo, que no se sabía ni incindir ni dilatar, constituyó la

primera dificultad, no prevista por el método de Anel, y a la cual Petit encontró la solución abriendo una vía directa de acceso al saco a través de la piel, con el fin de desobstruir el canal nasal para facilitar el cateterismo. Con esta importante modificación, el método de Anel siguió hasta el año de 1850, época en que Bowman hizo conocer la manera de practicar el cateterismo después de la incisión de los canaliculos lagrimales con el bisturí de Weber.

Inyecciones antisépticas diversas fueron usadas concomitantemente con los procedimientos antes mencionados, las cuales unidas al cateterismo retrógrado, a la cauterización de los puntos lagrimales (ideada por Bosche,) a la electrolisis (iniciada por Cavalló y perfeccionada por Lefrange), al legrado del saco con incisión cutánea o sin ella y a la dacriocisto-rinostomía, constituyen el método conservador, el cual, excepción hecha del procedimiento de Bosche, ha llegado hasta nosotros y descansa constantemente en el cateterismo que lleva ya más de doscientos años de ser practicado por los oculistas y muy conocido por los médicos, sin haber obtenido resultados satisfactorios.

Es por esto que la ciencia actual tiende a restringir su valor llegando algunos autores hasta decir que el uso de los estiletos felizmente toca ya a su fin (Benedict and Barlow) (1) y que cuando el resultado no es inmediato, es decir, que los síntomas persisten después de tres cateterismos, no se debe insistir porque es inútil (Pacheco Luna) (2) (Palacios U.) (3) y menos aun cuando hay necesidad de incidir anchamente el canaliculo, lo que constituye una mala práctica (Terrien) (4) y ha sido generalmente abandonada (Dupuy Dutemps) (5).

Nuestros Servicios de Oftalmología en el Hospital General se han apartado del rutinario cateterismo hace ya algunos años, anticipándose o por lo menos haciéndolo simultáneamente a las avanzadas doctrinas de que hoy hace mérito la ciencia oftalmológica para afiliarse al método de la extirpación radical.

Fué este método iniciado por Woolhouse en 1868 y por Schreiber en 1881. Consiste en la extirpación del saco lagrimal haciendo una incisión sobre la piel de la nariz cerca del ángulo

interno del ojo y cuya técnica ha sido creada por el Doctor Meller, profesor de Oftalmología de la Universidad de Viena, y considerada hasta hoy como la operación clásica. Cabe aquí hacer mención de la importante reforma, análoga a la hecha por el Doctor Blanco, que la ciencia patria llevó al método del Doctor Meller, suprimiendo el uso del separador de Müller y poniendo la operación al alcance del cirujano aun más inexperimentado. Este trabajo fué hecho por el oculista guatemalteco Doctor Rafael Pacheco Luna e inspiró la Tesis del Doctor J. M. Palacios U.— (1919).

De este procedimiento que es ineficaz cuando la enfermedad es ocasionada por una etmoiditis en comunicación con las vías lagrimales, y que, además, hace al enfermo tener la probabilidad de una cicatriz visible en la cara, se tiende hoy a pesar a la Dacriocistostomía Intranasal, es decir, a la extirpación parcial del saco lagrimal por la vía endonasal.

Data esta operación desde el año 1910, cuando fué presentada por J. M. West a la Sociedad Oftalmológica Americana. A la descripción dada por este autor han seguido otras muchas que, aunque establecen variaciones sobre este método, descansan en el mismo principio, es decir, la extirpación endonasal. De entre ellas hemos tomado los datos siguientes:

Dacriocistostomía Endonasal.—Descripción de la operación.

En el servicio se ha establecido hacer, algunos días antes de la intervención, una exploración de la permeabilidad de las vías lagrimales, inyectando con la jeringa de Anel, ya sea por el punto lagrimal inferior o por el superior, una solución antiséptica de las usadas corrientemente para este fin.

Puede ocurrir que no haya permeabilidad en los conductos o en el canal de unión; en este caso es necesario restablecerla por los métodos conocidos, es decir, el uso de las sondas y la dilatación, si fuere necesario, del punto lagrimal, que no debe incidirse.

Cerciorados con anticipación de que la permeabilidad de los canaliculos es perfecta se principia por instilar en el ojo dos gotas de una solución de cocaína al 1% y también, como ha dispuesto el Jefe del Servicio, otro tanto o unas gotas más, a través del punto lagrimal con la jeringa de Anel a fin de anestesiar el saco, sin lo cual la extirpación podría ser dolorosa.

(1) Benedict and Barlow.—Treatment of Chronic Dacryocystitis.

(2) Lecciones Orales de Clínica Oftalmológica en el Hospital General.—1918.

(3) Tesis de Guatemala, 1919.

(4) Sociedad de Oftalmología de París. Sesión del 16 de Octubre de 1920.—Presse Méd. N° 78.

(5) Sociedad de Oftalmología de París. Sesión del 16 de Octubre de 1920.—Presse Méd. N° 78.

Se practica enseguida la anestesia de la cavidad nasal (fig. 1) aplicando durante diez minutos dos bolillas de algodón impregnadas en una solución de adrenalina al 1% y de clorhidrato de cocaína en polvo, al cual la primera sirve de disolvente, y sostenidas por dos varillas metálicas. Se coloca una en el extremo superior del ángulo diedro formado por el tabique y la pared externa de las fosas nasales en contacto con la lámina cribiforme y la otra en la parte media del límite posterior de la cavidad nasal. La

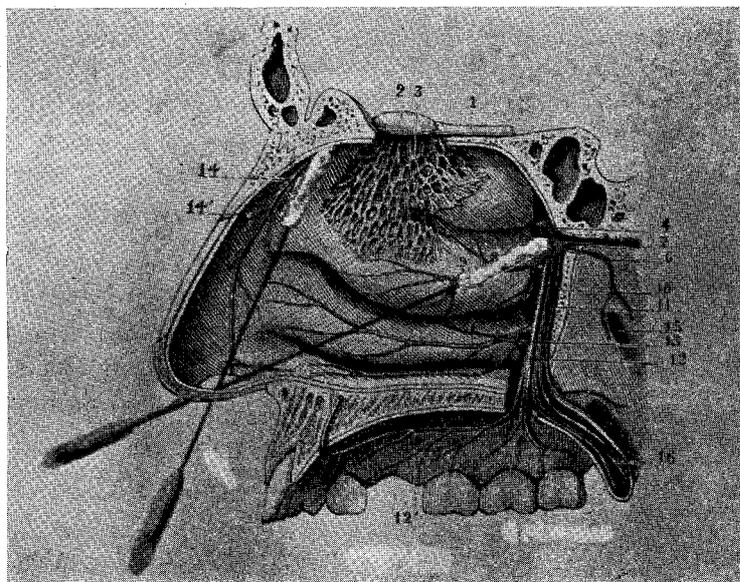


Fig. 1.—Pared externa de las fosas nasales con su inervación para mostrar la manera de practicar la anestesia local por el bloqueo del filete etmoidal y el ganglio esfeno-palatino.

1. *Bandeleta olfatoria*.—2. Bulbo olfatorio.—3. Ramificaciones externas del nervio olfatorio.—4. Nervio maxilar superior.—5. Ganglio esfeno-palatino.—6. Nervio ptérido-palatino.—7. Nervio vidiano.—8. Nervio esfeno-palatino interno.—9. Nervio esfeno-palatino externo.—10. Nervio palatino posterior.—11. Nervio palatino medio.—12. Nervio palatino anterior, con 12' su anastomosis con el esfeno-palatino externo.—13. Nervio nasal posterior.—14. ramo externo del nasal interno o filete etmoidal, con 14', naso-lobar.—15. Orificio de la trompa de Eustaquio.—16. Ramas terminales del nervio palatino mediano.

primera bolilla hace el bloqueo del nervio nasal interno (o filete etmoidal, del ramo nasal, de la rama oftálmica del trigémino) a su salida del agujero etmoidal. La segunda bloquea el ganglio-esfeno-palatino.

Se introduce ahora por el canalículo inferior (si no es posible por éste, por el superior) una sonda de Ziegler (fig. 2) hasta el fondo del saco. Se imprime al mango de la sonda un movimiento

hacia afuera de una amplitud de 45 grados, haciéndole después una ligera presión de arriba a abajo y de fuera a adentro para que aparezca la punta dentro de la cavidad nasal, precisamente frente a la extremidad anterior del cornete medio ⁽¹⁾ en donde es vista fácilmente siempre que se haga uso de un especulum nasal y que se practique la iluminación de la cavidad con el espejo frontal ⁽²⁾. Esto constituye un punto de mira muy importante para el cirujano, pues allí es en donde la mucosa debe ser desprendida y reseca en una extensión de un centímetro de diámetro. ⁽³⁾

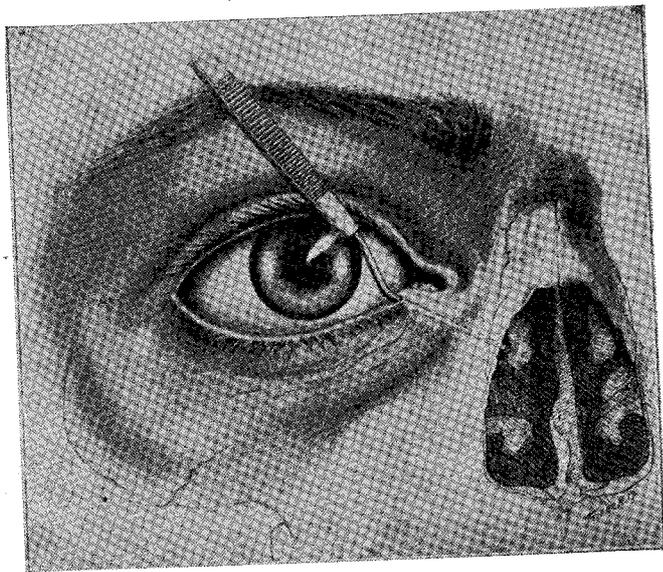


Fig. 2.—Manera de introducir la sonda de Ziegler, hasta que aparezca la punta dentro de la cavidad nasal, donde constituye un punto de mira muy importante para el cirujano, pues allí es en donde la mucosa debe ser desprendida y reseca en una extensión de un centímetro de diámetro.

Por medio de un cincel pequeño, se hace sobre el hueso una ventana, ligeramente menor en diámetro que la de la mucosa.

La abertura ósea se dilata hacia arriba de manera que la sonda pueda introducirse en la nariz casi en ángulo recto, es decir, que la sonda en lugar de permanecer vertical pueda tomar fácilmente la posición horizontal.

- (1) En algunos casos en que este es muy grande, hay que extirpar una parte del extremo anterior antes de la introducción de la sonda.
- (2) Nosotros empleamos de preferencia el espejo de Clar y colocamos al enfermo sentado en una silla con la cabeza hacia atrás. El cirujano está sentado frente al enfermo.
- (3) Cuando la nariz está estrechada por una desviación del tabique, una resección submucosa debe preceder a la operación.

Diagnóstico.—Apoyados en los datos que anteceden y en la integridad de las glándulas lagrimales, hacemos el diagnóstico de Dacriocistitis Crónica.

Tratamiento.—Extirpación del saco por la vía endonasal el 10 de Noviembre de 1920.

Resultado.—La indocilidad de la enferma no nos permitió practicar estrictamente el tratamiento post-operatorio. Sin embargo, logramos pasarle la sonda de Bowman N.º 3 cada cuatro días durante cuatro semanas y una solución de nitrato de plata al 40%. Actualmente la enferma no presenta el síntoma lagrimeo, y hasta la fecha la consideramos curada.

Guatemala, 31 de Diciembre de 1920.

Vº Bº,

ANTº. G. VALDEAVELLANO.

OBSERVACION N.º 2.

C. R. de 33 años de edad, pintor, natural de Guatemala, ingresa al Servicio de Oftalmología de Hombres del Hospital General, el día 22 de Noviembre de 1919 a curarse un lagrimeo abundante en los dos ojos y un tumor pequeño de cada lado situados en el sitio de las vías lagrimales.

Antecedentes hereditarios.—Padre, alcoholismo. Madre sana.

Antecedentes personales.—Infancia, viruela.—Adulto, paludismo, influenza.

Historia de la enfermedad.—Hace como ocho años sufrió un traumatismo de la nariz a consecuencia del cual le quedó una deformación consistente en el hundimiento de los huesos propios que le modificó la fisonomía dejándolo “chato.” Como a los seis meses de ésto, comenzó a notar un ligero lagrimeo; un poco más tarde, como a los dos años, le sobrevino una exacerbación flegmonosa en el lado izquierdo que le obligó a ingresar al Servicio, donde se le practicó la abertura del caso con su respectivo desagüe; al cabo de muy poco tiempo desapareció toda traza inflamatoria, quedando solamente el lagrimeo y un tumor situado en el sitio de las vías, que al comprimirlo, expulsaba por el canalículo inferior un

líquido mucoso, filante y a veces turbio y purulento. Igual fenómeno, igual tratamiento e iguales resultados se repitieron al cabo de un año, época en que, al terminar su exacerbación aguda, hemos procedido a practicar la operación.

Examen clínico.—Se observa un tumor a cada lado de la base de la nariz sobre la región del saco lagrimal y la presión sobre ellos expulsa un líquido filante, mucoso, purulento. Lagrimeo abundante. Sensación de sequedad en las dos fosas nasales. Coriza crónica. Atrofia de la mucosa. No hay oena.

Diagnóstico.—Fundándonos en los datos que anteceden, establecimos el diagnóstico de Dacriocistitis bilateral supurada.

Tratamiento.—Extirpación del saco izquierdo por la vía endonasal el 5 de Diciembre de 1920.

Cuidados post-operatorios.—Se le ha pasado la sonda de Bowman N.º 4 durante dos semanas y se le puso una vez una inyección de una solución de nitrato de plata al 40% por el punto lagrimal inferior.

Resultado.—Desaparición del tumor y del lagrimeo. Lo consideramos curado hasta la fecha.

Guatemala, 31 de Diciembre de 1920.

Vº Bº,

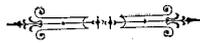
ANT.º G. VALDEAVELLANO.

CONCLUSIONES

Los resultados satisfactorios obtenidos en los dos casos operados nos inducen a pensar:

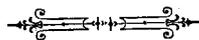
1.º—Que el método de la extirpación del saco lagrimal por la vía endonasal es bueno, considerado desde un punto de vista general.

2.º—Que podemos usarlo como método de preferencia porque es el que conduce a la curación sin dejar cicatriz visible en la cara, al mismo tiempo que permite descubrir y tratar una infección de las celdas etmoidales anteriores que pudiera haber permanecido hasta aquí desconocida, ocasionando la inflamación del saco lagrimal y en la que el procedimiento clásico es ineficaz.



PROPOSICIONES

ANATOMÍA DESCRIPTIVA	Vías lagrimales.
BOTÁNICA	Eritroxilon coca.
FÍSICA	Interferencias.
ZOOLOGÍA	Uncinaria Americana.
HISTOLOGÍA	Lobulillo hepático.
FISIOLOGÍA	<i>Tonus muscular.</i>
QUÍMICA INORGÁNICA	Mercurio.
QUÍMICA ORGÁNICA	Eter sulfúrico.
CLÍNICA QUIRÚRGICA	Cateterismo de las vías lagri- males.
PATOLOGÍA INTERNA	Tifus exantemático.
PATOLOGÍA GENERAL	Anafilaxia.
PATOLOGÍA EXTERNA	Dacriocistitis crónica.
MEDICINA OPERATORIA	Resección de la cadera.
HIGIENE	Profilaxia del Tifus exantemá- tico.
GINECOLOGÍA	Embarazo extra-uterino.
OBSTETRICIA	Procedimiento de Krause.
BACTERIOLOGÍA	Bacilo de Yersin.
MEDICINA LEGAL	Aborto.
TERAPÉUTICA	Cocaína.
CLÍNICA MÉDICA	Signo de Kernig.
TOXICOLOGÍA	Arsénico.
FARMACIA	Colirios.
ANATOMÍA PATOLÓGICA	De las vías lagrimales.



OBRAS CONSULTADAS

- P. Poirier, A. Charpy, B. Cunéo.*—Abrégé d'Anatomie.—Paris, 1909.
- José María Palacios U.*—Cura radical de la dacriocistitis crónica por la extirpación del saco lagrimal.—Tesis de Guatemala.—1919.
- Albert Terson.*—Maladies de l'Oeil.—Nouveau Traité de Chirurgie publié sous la direction de A. Le Dentu et Pierre Delbet.—Paris, 1909.
- V. Morax.*—Précis d'Ophtalmologie.—Paris, 1907.
- F. Terrien.*—Précis d'Ophtalmologie.—Bibliothèque Gilbert et Fournier.—Paris, 1908.
- Meyer Wiener y William E Sauer.*—La vía nasal en la operación para la dacriocistitis.—St. Louis.—The Journal Vol. 4 N.º 8.—Octubre 15 1920.
- Société d'Ophtalmologie de Paris.—Séance du 16 Octobre 1920.—La Presse Médicale N.º 78.—Octobre 1920.
- Ph. Panas.*—Traité des maladies des yeux.—Paris, 1894.
- Th. Axenfeld.*—Traité d'Ophtalmologie.—Paris, 1914.
- L. Testut.*—Traité d'Anatomie Humaine.—Paris, 1911.
- A. Poulard.*—La Pratique Ophtalmologique.—Paris, 1912.
- W. L. Benedict, R. A. Barlow.*—Treatment of Chronic Dacryocystitis.—Rochester Minn. 1919.

Vº Bº,

ANTº. G. VALDEAVELLANO.

Imprimase,

M. J. WUNDERLICH,

Decano.