

CAPÍTULO II

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LOS OJOS

En este capítulo trataremos sucesivamente de las operaciones que se practican en el aparato lagrimal, párpados y músculos del ojo; de las operaciones de la catarata y de la pupila artificial, y por último, de las que interesan el globo del ojo en su totalidad.

La mayor parte de estas operaciones tienen de común que, cuando se opera en el ojo izquierdo, puede el cirujano servirse perfectamente de la mano derecha; pero para el derecho, si quisiera colocarse delante del sujeto se vería obligado en algunas operaciones, en particular en la catarata, á servirse de la mano izquierda. Lo mejor en estos casos es colocarse detrás ó al lado del enfermo y operar siempre con la mano derecha.

ARTÍCULO PRIMERO

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL APARATO LAGRIMAL

I.—Extirpación de la glándula lagrimal

La glándula lagrimal, situada en la parte superior, anterior y externa de la órbita, consta de dos porciones distintas: una superior, que es la de mayores dimensiones, tiene la forma de una almendra, está situada en la fosita lagrimal é inmediatamente cubierta por el periostio; la otra, inferior, aplanada y cuadrilátera, sale de la órbita y se prolonga hacia abajo, hasta el nivel del ángulo externo de los párpados, y por delante, hasta el fondo de saco superior de la conjuntiva, á la distancia de 5 á 6 milímetros del cartílago tarso, y entre el músculo recto externo y el tendón del elevador del párpado, que la cubre en parte. En los sujetos de poca gordura, puede percibirse esta porción aplicando el dedo en la parte externa del párpado superior; pero para hacerla sobresalir, basta hacer presión sobre el lado interno del ojo.

La extirpación de la glándula lagrimal se ha efectuado en dos condiciones muy diferentes: 1.º en *estado sano*, con objeto de curar

un lagrimeo de otro modo irremediable; 2.º en *estado morbo*, á causa de su excesivo volumen por hipertrofia simple ó por otras alteraciones.

1.º *En estado sano*.—El primero que practicó esta operación fué Pablo Bernard, y luego siguió su ejemplo Textor, quien operó por el procedimiento siguiente:

Practicó una incisión de 4 centímetros, oblicua hacia abajo y afuera, costeaando la mitad externa del reborde orbitario entre la ceja y el párpado superior. Penetró en seguida en el tejido celular situado entre el periostio de la órbita y la aponeurosis ocular; cogió la glándula con una pinza-erina y extirpó una gran porción de ella; pero antes que hubiera completado la ablación, el enfermo se resistió y no fué posible continuar.

Parece que Pablo Bernard tampoco separó primero más que una porción de la glándula, por lo cual más tarde hubo de completar la extirpación. No obstante, Textor no tuvo necesidad de repetir la operación en su enfermo, porque desapareció el lagrimeo á raíz de la primera, y á los once meses, no se había reproducido aún. Esta operación ha sido abandonada desde la invención del método de Bowman, el cual facilita perfectamente el cateterismo de las vías lagrimales.

2.º *En estado morbo*.—La glándula, aumentada de volumen, rechaza más ó menos al ojo fuera de la órbita, y ella en sí forma también prominencia debajo de los tegumentos. Los procedimientos operatorios, que son igualmente aplicables á los demás tumores nacidos en la parte superior de la órbita, pueden reducirse á tres.

Procedimiento ordinario.—Dividido el párpado por una incisión paralela á sus pliegues tegumentarios, practicada en la parte más prominente del tumor, se coge éste con la pinza-erina, se dirige hacia afuera, y se disecciona, separando cuidadosamente la conjuntiva y el globo del ojo de la acción del instrumento. En los casos de tumor muy voluminoso, se hace á veces necesaria una segunda incisión que caiga verticalmente sobre la primera.

Procedimiento de Velpeau.—Consiste en dividir de un solo golpe de bisturí la comisura externa de los párpados, prolongándola hacia la sien lo suficiente para poder invertir éstos; medida sencilla que por sí sola basta para poner al descubierto los dos tercios externos de la circunferencia orbitaria. Si con todo resultara aún dificultosa la disección, podríamos circunscribir además el tumor por una incisión semilunar practicada en la conjuntiva cerca de la córnea.

Procedimiento de Halpin.—Tirado fuertemente hacia abajo el párpado superior hasta alcanzar que la mitad de la ceja se coloque por debajo del arco orbitario, y procurando que un ayudante lo mantenga en esta posición, el cirujano practica sobre la ceja misma una incisión curva de convexidad superior que, empezando inmediatamente por encima del tendón del orbicular, termina á 12 ó 13 milímetros por encima de la comisura externa. Disecado é invertido el colgajo así trazado, se coloca una ligadura alrededor de la glándula, la cual se desprende en parte con el dedo, en parte con el bisturí, y por último, se procura la reunión por sutura.

Apreciación.—Después de haber operado por sí mismo dos enfermos y haber examinado otros siete operados por el procedimiento ordinario, F. Cunier encuentra á éste el inconveniente de dejar una deformidad, no sólo bastante visible desde el principio, sino mucho más pronunciada á medida que con el tiempo la cicatriz va retrayéndose. En cuanto el procedimiento de Velpeau, además de ser inevitable la incisión de la conjuntiva, Desmarres ha observado constantemente que la división de la comisura externa, cuando no se obtiene la reunión inmediata, no se coapta con bastante exactitud, sino que deja también alguna deformidad. En el procedimiento de Halpin, por el contrario, la cicatriz queda oculta en el espesor de la ceja; F. Cunier lo ha empleado cuatro veces con el resultado más perfecto; únicamente que la sutura exige una gran vigilancia, porque es de temer que el pus retenido se extienda hasta el tejido adiposo de la órbita, accidente que sobrevino á un operado por Desmarres, y fué causa de la pérdida del ojo correspondiente.

II.—Cateterismo de las vías lagrimales

Este cateterismo se practica, según los casos, por el punto lagrimal inferior ó por el superior; antiguamente se hacía á menudo por la parte inferior del conducto nasal, es decir, por las fosas nasales. Este procedimiento está hoy día completamente abandonado.

Anatomía.—El punto lagrimal inferior es el orificio del conducto del mismo nombre; éste, después de un trayecto perpendicular de unos 2 milímetros, se dobla hacia adentro en ángulo casi recto para ir á desembocar en el saco lagrimal. Fácilmente podemos enderezar su trayecto tirando con fuerza hacia afuera y un poco abajo el párpado inferior; pero forma además otro ángulo recto con

el saco lagrimal y el conducto nasal; nueva incurvación que impedirá el libre curso de la sonda, si no procuramos enderezarla por otra maniobra que más adelante explicaremos (fig. 357).

A partir del punto lagrimal superior, el conducto de este nombre sube unos 2 milímetros en dirección perpendicular, y en este punto, se dobla hacia adentro para ir á desembocar en el saco lagrimal. Cuando los párpados están cerrados, su dirección es

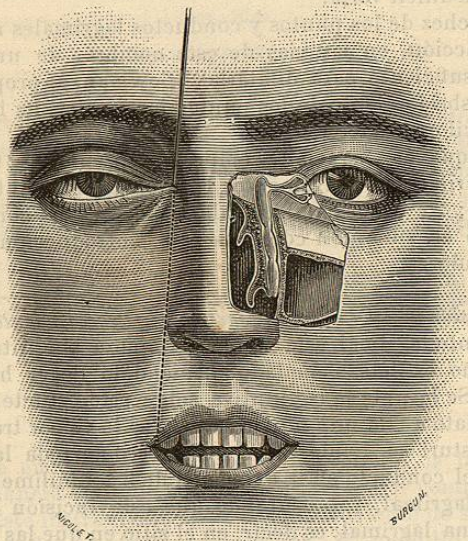


FIG. 357

VÍAS LAGRIMALES

Dirección general.—En el lado derecho se ha introducido un estilete en el conducto por el punto lagrimal inferior

transversal, pero se hace oblicua hacia abajo y adentro cuando están abiertos.

El conducto nasal, continuación del saco lagrimal, es un tubo membranoso que tapiza el conducto óseo del maxilar superior y se continúa con la mucosa de las fosas nasales. Su orificio inferior se encuentra en la parte superior y anterior del tercer canal, por debajo del borde superior de la tercera concha, á 15 milímetros del borde anterior de la apófisis ascendente, y casi á igual distancia del suelo de las fosas nasales. Desde este punto, el conducto nasal

sube oblicuamente hacia adentro, siguiendo una línea que cruzaría la media en la frente formando con ella un ángulo de 10 á 12 grados. Por lo general, su orificio inferior es ancho, dilatado en forma de embudo, pero es bastante frecuente verlo provisto de una pequeña válvula mucosa de forma variable; algunas veces en lugar de hallarle en el vértice del meato descende por su pared externa en la extensión de 2, 3 y 4 milímetros y, en este caso, ofrece una simple hendidura vertical que á veces por ser muy estrecha es difícil verla.

La estrechez de los puntos y conductos lagrimales no permitiría la introducción, en las vías de este nombre, de un estilete de diámetro suficiente para dilatarlas. Bowman, al proponer y practicar el desbridamiento de los puntos lagrimales, ha hecho posible y hasta fácil este cateterismo.

Esta pequeña operación comprende diferentes tiempos que deben describirse sucesivamente: 1.º incisión del punto y conducto lagrimales; 2.º desbridamiento algunas veces del conducto nasal estrechado en su unión con el saco; 3.º introducción de los estiletes dilatadores.

1.º *Incisión de los conductos lagrimales. Procedimiento de Bowman.*—Si el punto lagrimal está libre, se empieza por introducir en él un pequeño estilete acanalado, haciéndolo llegar hasta el saco lagrimal. Se levanta la conjuntiva sobre este estilete, el cual está tan inmediato á ella que muchas veces se le ve por transparencia, y con el bisturí se divide sobre dicho estilete toda la pared conjuntival del conducto en la extensión de 3 á 4 milímetros á partir del punto lagrimal, y procurando que esta incisión corresponda en la laguna lagrimal, es decir, en el sitio en que las lágrimas se coleccionan cerca de la carúncula.

Al día siguiente, los dos bordes de la herida tienden á unirse, y para evitarlo, conviene destruir con un estilete estas adherencias iniciales, operación que debe repetirse en los días sucesivos. Al cuarto ó quinto día, los bordes quedan separados y cicatrizados aisladamente; las lágrimas penetran en el conducto lagrimal por esta abertura libre y pasan como de ordinario al saco lagrimal.

Si el punto lagrimal estuviese obliterado, lo más sencillo sería incidir transversalmente el conducto, prescindiendo del punto lagrimal, y en lo demás proceder como en el caso ordinario.

Para que un estilete pueda ser introducido en el punto lagrimal, debe ser tan delgado que difícilmente su canal podrá alcanzar amplitud y profundidad suficientes para que pueda servir de guía al bisturí; por esto se han ideado también instrumentos destinados á facilitar esta pequeña operación.

El cuchillo de Weber es un bisturí de hoja muy estrecha termi-

nada en un pequeño cilindro, especie de estilete terminal (fig. 358) ligeramente encorvado, que, introducido en el punto lagrimal, servirá de guía al cuchillo á lo largo del conducto. Giraud-Teulon inventó igualmente un instrumento algo más complicado, que se llama *lacrimotomo*, y que consta de una especie de jeringa de



FIG. 358

Cuchillo de Weber

cánula encorvada y acanalada, en cuyo canal se aloja una pequeña hoja cortante que sobresale empujando el pistón y se oculta á beneficio de un resorte contenido en el cuerpo del instrumento, desde el instante en que el dedo deja de hacer presión sobre el eje del mismo. El pico del instrumento, en forma de estilete (fig. 359),



FIG. 359

Lacrimotomo de Giraud-Teulon

se introduce en el punto y conducto lagrimal, y la hoja oculta, obrando á manera de un uretrotomo, desbrida por completo dicho conducto. Este instrumento tiene el inconveniente de ser bastante complicado y de un precio algo subido. El cuchillo de Weber, como que su amplitud es igual en toda su extensión, secciona



FIG. 360

Cuchillo de Le Fort

imperfectamente las partes que debe dividir; por esto lo he sustituido por una especie de bisturí pequeño de hoja triangular (figura 360), terminando como el de Weber por un pico cilíndrico, instrumento que tiene la ventaja de operar el desbridamiento con extraordinaria facilidad por la progresión del mismo.

Por delgado que sea el cilindro terminal de estos diversos instrumentos, frecuentemente ofrece dificultades su introducción por los puntos lagrimales, por lo cual conviene empezar por dilatarlos. Galezowski ha inventado á este fin un instrumento especial (fig. 361), cuyas ramas, terminadas en punta muy fina, se separan por medio de un tornillo. Este instrumento es de escasa



FIG. 361

Dilatador de los puntos lagrimales

utilidad, puesto que esta dilatación se puede alcanzar sin gran esfuerzo por medio de un grueso alfiler ordinario que, cogido con las pinzas, se introduce en el conducto lagrimal, procurando al retirarlo ejecutar sobre las paredes del conducto y los bordes de la abertura presiones en diversos sentidos con objeto de dilatar uno y otro. Casi siempre después de esta pequeña maniobra se podrá introducir inmediatamente el cuchillo que debe operar el desbridamiento.

2.º *Cateterismo del conducto nasal.*—Una vez desbridados el punto y el conducto lagrimales, se puede proceder desde luego al cateterismo del conducto nasal. Los cirujanos no están acordes respecto de la elección del punto lagrimal. En Alemania se prefiere generalmente operar por el superior, cuya dirección se aproxima más á la del eje del conducto. En Inglaterra se prefiere el inferior, lo cual me parece preferible por dos razones: la primera, porque el cateterismo es más fácil por ser el punto inferior más accesible; y la segunda, porque el punto inferior es el que se corresponde más de lleno con la laguna lagrimal.

El cateterismo se practica con los estiletes de Bowman, en número de seis, regularmente cilíndricos, cuyo volumen aumenta progresivamente, teniendo el mayor un milímetro de diámetro. Los seis estiletes (fig. 362) van unidos dos á dos por una chapa intermedia, que sirve para facilitar su prensión. Galezowski ha creído conveniente que estos estiletes terminen por una dilatación olivar (fig. 362), idea poco provechosa, puesto que se ha observado en la práctica que los estiletes del 1 y 2, á la menor presión se encorvan en la parte adelgazada que sostiene la oliva, transformándose así en un ganchito.

Procedimiento operatorio.—Después de haber desbridado el punto lagrimal, el cirujano, colocado delante del enfermo cuando opera

en el ojo izquierdo, y detrás cuando en el derecho, tira del párpado inferior hacia afuera y abajo, para invertir un poco hacia adelante el punto lagrimal. En esta disposición, introduce el estilete suavemente, á fin de evitar las falsas vías, que son frecuentes en el

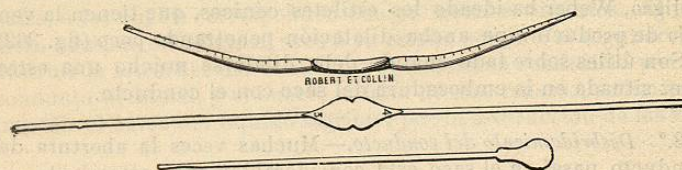


FIG. 362

Estiletes de Weber, Bowman y Galezowski

punto de convergencia de los dos conductos lagrimales, porque en él se encuentra algunas veces una ligera resistencia. Antes de dirigir el estilete hacia el conducto nasal, es preciso asegurarse bien de que la extremidad del instrumento se encuentra en el interior del saco lagrimal. Para asegurarse de ello, bastará percutir ligeramente con el estilete la pared interna del saco, y, en caso afirmativo, se percibirá la sensación que da el choque del instrumento con las porciones óseas sobre que descansa esta pared. En este caso, se levanta la porción libre del estilete para darle la



FIG. 363

Cuchillo de Stilling

dirección de una línea que, partiendo de la cabeza de la ceja, termine en el canino del propio lado, pasando por el surco nasolabial (fig. 357). En esta disposición, se empuja muy suavemente el instrumento, y siempre que el conducto no esté completamente obliterado, el estilete recorrerá todo el trayecto del conducto nasal. El cirujano tiene completa certeza de que el instrumento ha recorrido todo este conducto, cuando el enfermo acusa la sensación especial que produce la presencia del instrumento en las fosas nasales; y no son infrecuentes los casos en que se derraman en este momento por la nariz algunas gotas de sangre.

El estilete se deja colocado de 10 á 15 minutos, y en los días sucesivos se repite la operación con estiletes cuyo calibre aumenta gradualmente hasta que haya podido penetrar el número 6.

Antes de empujar el estilete en el conducto conviene cerciorarse bien de que se halla en su verdadera dirección y que no encuentra resistencia absoluta; pues puede el estilete tropezar con la mucosa, y como es muy delgada, al forzar la presión podría desgarrarla y seguir una falsa vía entre ella y los huesos. Para disminuir este peligro, Weber ha ideado los estiletos cónicos, que tienen la ventaja de producir una ancha dilatación penetrando poco (fig. 362).

Son útiles sobre todo cuando deba dilatarse mucho una estrechez situada en la embocadura del saco con el conducto.

3.º *Desbridamiento del conducto.*—Muchas veces la abertura del conducto nasal en el saco está considerablemente estrechada, en cuyo caso han propuesto algunos, para salvar este obstáculo, la incisión ó la dilatación. La incisión se practica unas veces con el lacrimotomo de Giraud-Teulon, instrumento destinado especialmente á este objeto, y otras con el pequeño cuchillo de Stilling (fig. 363) que, introducido por el conducto lagrimal desbridado, se hace penetrar hasta el conducto nasal. La dilatación se practica con la sonda cónica de Weber (fig. 362), que es preciso introducir muy lentamente y sin violencia; porque, de otro modo, sería fácil desgarrar ó cuando menos contundir la mucosa del conducto al nivel de la estrechez.

Desde luego podemos proscribir en absoluto las candelillas de *laminaria digitata*, porque casi de seguro se dilataría por debajo de la estrechez y no sería posible retirarla sin desgarrar la mucosa.

III.— Del tumor y de la fistula lagrimales

El tumor lagrimal reconoce casi siempre por origen la inflamación y supuración del saco. Al principio, el contenido de éste es simplemente pus; pero más tarde, cuando la inflamación declina, el líquido está formado de moco-pus, ó bien de moco mezclado con mayor ó menor cantidad de líquido lagrimal. En este caso, el tumor es sostenido por una estrechez, y á veces por la obliteración del conducto nasal; casos hay, además, en los cuales están obliterados igualmente los conductos lagrimales, quedando así el tumor colocado en las condiciones de un quiste, por lo cual reclama un tratamiento análogo. Cuando se abre al exterior, queda establecida la fistula propiamente dicha, y es preciso consignar que es una complicación bastante frecuente, tanto del tumor como de la fistula, la caries del unguis (1).

(1) Tanto es así, que Fano desecha la antigua teoría de J. L. Petit sobre el origen patogenético del tumor y fistula lagrimales, ó sea la obstrucción del

Estas diversas alteraciones el cirujano las comprueba por la inyección, por el cateterismo de los conductos lagrimales ó del conducto nasal, y finalmente, por la abertura del tumor.

Según sea el estado presumible ó comprobable de las partes y los obstáculos á la curación, existen cuatro indicaciones principales, á las cuales corresponden cuatro métodos distintos. El primero consiste en volver el saco á su estado normal; el segundo, en destruir la estrechez del conducto; el tercero en sustituirlo por un conducto artificial, y el cuarto, á falta de otro recurso, se limita á impedir el curso del líquido lagrimal por la destrucción de las vías

conducto nasal como causa primera y principal de esta afección, fundándose en los hechos siguientes: «1.º Se ven muchos enfermos en los cuales el conducto nasal es impermeable á las inyecciones de agua hechas por el punto lagrimal, y, sin embargo, el saco no se encuentra distendido ni segrega producto morbozo alguno.

»2.º Por el contrario, no es un hecho raro encontrar sujetos que padecen un tumor y hasta una fistula del saco lagrimal estando el conducto nasal muy permeable y tal vez dilatado, circunstancia que se demostrará practicando una inyección de agua por el punto lagrimal inferior, la cual pasará, en efecto, hasta la cavidad nasal correspondiente.»

Cree Fano que el verdadero punto de partida de esta afección es el esqueleto del ángulo mayor del ojo y sobre todo la porción que corresponde á la apófisis ascendente. Expone el autor su teoría en los siguientes términos: «El proceso inicial consiste en una osteitis ú osteoperiostitis, de cuya extensión dependen los variables fenómenos que se observan al principio. Si la afección está limitada á los puntos inmediatos al saco, se produce lagrimeo y tumefacción al nivel del ángulo mayor de la órbita; pero, como lo demuestran las inyecciones de agua por el punto lagrimal inferior, el conducto nasal permanece aún permeable. Si, por el contrario, la osteitis ocupa no sólo el ángulo mayor de la órbita, sino además las paredes del conducto nasal, pronto éste se hace impermeable, porque la tumefacción del tejido óseo que rodea este conducto lo obstruye. Si, por último, esta inflamación del hueso no ha invadido sino las paredes del conducto nasal, permaneciendo sano el tejido óseo del ángulo mayor, puede suceder que aparentemente no haya alteración funcional alguna en la excreción de las lágrimas; porque este líquido se evapora á medida que va llegando al fondo de saco interno de la conjuntiva, ni tampoco tumefacción en el ángulo mayor de la órbita, pero algunas veces hay un poco de lagrimeo.

»En la mayoría de los casos, la osteitis del ángulo mayor de la órbita termina por supuración y el pus se fragua una vía de eliminación á través del saco. Resulta de esto un *absceso osifluente* que produce efectos variables: si el conducto nasal está permeable, el pus corre á la nariz, ó, de lo contrario, se acumula en el saco, no sale sino en parte por los puntos lagrimales y determina en la pared ánteroexterna de dicho saco un proceso ulcerativo que le permite derramarse directamente al exterior. En este último caso, lo que era en un principio absceso del saco, se ha convertido en fistula osifluente, la cual pasará por todas las fases de evolución de esta especie de fistulas, es decir, que se abrirá y se cerrará alternativamente mientras no se cure la lesión ósea.»

La consecuencia que de esta teoría saca el autor es tangible; la dilatación es un medio simplemente paliativo; el verdadero tratamiento de la fistula lagrimal es el de la lesión ósea. A este fin recomienda, como medios locales, las inyecciones yodadas y la legración como último recurso.

lagrimales. Finalmente, nos ocuparemos de algunos procedimientos destinados á combatir las complicaciones.

PRIMER MÉTODO. *Tratamiento de la inflamación del saco.*—Este tratamiento es al principio esencialmente médico, sobre todo cuando la inflamación es aguda; pero más tarde se puede recurrir á las inyecciones, á la compresión y á la cauterización.

1.º Las *inyecciones* se practican, como llevamos dicho, por los conductos lagrimales previamente desbridados si de ello hubiese necesidad; pueden ser emolientes, excitantes ó cateréticas.

2.º La *compresión*, ideada por Fabricio de Acquapendente, se ejerce por medio de una pequeña pelota sostenida por una varilla de acero, que á su vez va unida á una correa ó resorte que abraza la frente y la cabeza. Podemos contentarnos con un pequeño tapón de hilas sostenido por una venda de franela, pero á este método se pueden añadir inyecciones con agua tibia pura ó con agua de saúco.

3.º La *cauterización* se opera en la cara interna del saco, penetrando por una incisión previamente efectuada en el tumor, ó bien á través de la fístula dilatada, si de ello hubiese necesidad. El nitrato de plata es el cáustico más generalmente preferido.

SEGUNDO MÉTODO.—*Tratamiento de la estrechez del conducto.*—Comprende distintos procedimientos. La mayor parte obran contra la estrechez del conducto mucoso, y consisten en la dilatación temporal, la cauterización y la dilatación permanente; no obstante, Gerdy ha propuesto la dilatación del conducto óseo.

1.º *Dilatación temporal.*—Consiste en introducir en el conducto diversos cuerpos dilatadores, como son: candelillas emplásticas, de goma elástica, de marfil despojado de sus sales calcáreas, cilindros de ballena, cuerdas de vihuela, un sedal ó bien sondas metálicas de plomo, plata, acero, etc. Estas sondas se introducen por el conducto lagrimal incindido ó por la abertura del tumor.

Por el conducto lagrimal superior.—Ya hemos descrito anteriormente el modo de introducir estos cuerpos. La sonda debe dejarse colocada al principio durante algunos minutos; tiempo que se prolonga sucesivamente hasta una ó más horas, y esta operación deberá repetirse todos los días hasta la curación.

Por una abertura del tumor.—Cuando existe una fístula, basta

dilatlarla con el bisturí; cuando hay tumor, la prominencia de éste indica el punto sobre el cual debe obrar el instrumento. No obstante, tanto para practicar la incisión como, y aún más, para introducir las sondas, es indispensable saber encontrar con seguridad el orificio superior del conducto nasal.

El sitio preciso de este orificio varía en los distintos sujetos, según que la raíz de la nariz tenga más ó menos amplitud, y que la comisura de los párpados se aleje más ó menos. El reborde óseo que limita anteriormente el canal lagrimal es un punto de referencia muy seguro. Para encontrarlo, se aplica el dedo sobre el

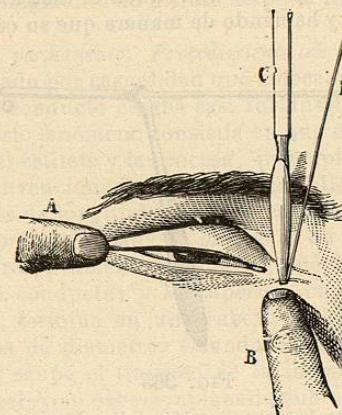


FIG. 364

PUNCIÓN DEL SACO LAGRIMAL

A, dedo tirando hacia afuera la comisura externa. B, dedo apoyado en el reborde orbitario inferior. C, bisturí punccionando el saco. D, estilete introducido por una abertura practicada en el saco lagrimal

borde orbitario inferior (fig. 364), y se le desliza hacia el ángulo interno del ojo, en donde lo detiene el borde anterior del canal lagrimal, y detrás de éste, se encuentra el orificio del conducto. En este punto, se encuentran tres clases de relaciones muy notables; unas veces el dedo tropieza con el reborde óseo indicado, y la incisión debe hacerse por fuera de la comisura palpebral; otras corresponde al nivel de la comisura é inmediatamente por debajo; y otras, en fin, se encuentra por dentro de la comisura y debajo del tendón del orbicular. La incisión se practica del mismo modo que para un absceso ordinario, procurando únicamente que se dirija hacia abajo y afuera.

Cuando existe tumor lagrimal, es difícil encontrar este reborde óseo. El mejor proceder consiste, en este caso, en aplicar un bisturí estrecho en la dirección anteriormente indicada (v. fig. 357) deprimiendo ligeramente con el plano de la hoja el tendón del orbicular, que se habrá puesto de manifiesto tirando de los párpados hacia afuera. Con estas precauciones, se penetra en el conducto nasal con absoluta seguridad.

Practicada la incisión, algunos cirujanos introducen á violencia una sonda ó estilete en el conducto, prescindiendo de la estrechez que pueda existir. Este modo de obrar no tiene razón de ser, sino que, al contrario, es preciso introducir el instrumento con suavidad, sin violencia, y haciendo de manera que su calibre sea propor-

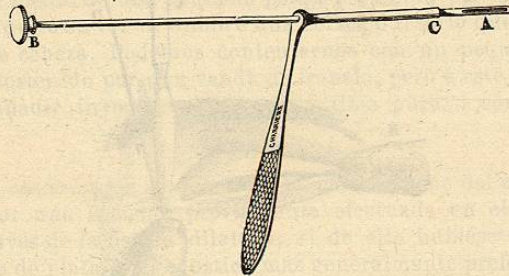


Fig. 365

Estilete y cánula para la cauterización del conducto nasal.—A, porción acanalada para alojar el nitrato de plata; B, botón terminal; C, cánula

cional al grado de estrechez, como se hace para el conducto de la uretra.

Las sondas, candelillas ó cualquiera de los cuerpos dilatadores, una vez introducidos en el conducto, deben permanecer en él más ó menos tiempo, para sustituirlos de cuando en cuando por instrumentos de mayor calibre. Las sondas metálicas ofrecen, por lo general, una especie de cabeza aplanada, por lo que se parecen á un clavo que queda colocado fuera de la abertura.

¿Cuánto tiempo debe durar el tratamiento por la dilatación? Desde el momento que el conducto haya recobrado su calibre normal, es inútil todo tratamiento. El obrar así tiene, no obstante, el inconveniente de no evitar la recidiva, y el único medio de alcanzarlo consiste en introducir de cuando en cuando en el conducto, por el punto lagrimal, algunas sondas de Bowman.

2.º *Cauterización.*—Gensoul introducía por la nariz en el con-

ducto nasal un portacáusticos encorvado al igual que sus sondas; pero otros cirujanos han preferido introducir el cáustico por una abertura practicada en el tumor. Es necesario empezar por la dilatación del conducto, y después de haberlo cauterizado, dilatarlo de nuevo. Es, no obstante, más sencillo limitarse á la dilatación hasta el fin del tratamiento. Para practicar la cauterización, sirve una pequeña cánula especial (fig. 365) sujeta en un mango, la cual se introduce por la abertura previamente practicada en el saco lagrimal. Por dentro de esta cánula corre un estilete macizo (B, A), que tiene labrado en una de sus extremidades un pequeño canal que contiene un fragmento de nitrato de plata fundido.

3.º *Dilatación permanente. Procedimiento de Ware.*—Habiendo este cirujano notado por casualidad que colocando un estilete metálico dentro del conducto cesaba casi instantáneamente el lagrimeo, creyó que este fenómeno consistía en que el líquido lagrimal corría por entre el estilete y la mucosa, principio en el cual fundó el método de su invención. Su estilete es un hilo metálico de unos 30 á 34 milímetros de longitud, recto en casi toda su extensión y únicamente encorvado en ángulo obtuso en su extremo superior; la rama inferior, relativamente muy larga, está destinada á alojarse en el interior del conducto; y la superior, cuya longitud excede de 4 milímetros, termina en una cabeza aplanada y circular de unos 4 milímetros de diámetro. Cuando el estilete está colocado, su rama superior ocupa el trayecto de la incisión que se practicó en el saco lagrimal, y su cabeza aplanada cubre y oculta la herida exterior. Unos la embadurnan con un barniz negro que le da la apariencia de una mosca (fig. 366), y otros prefieren pintarla de un



Fig. 366

Clavos de Ware

color análogo al de la piel que la rodea. El enfermo durante toda su vida debe llevar este estilete.

Para introducirlo se procede como con las sondas ó candelillas ordinarias. Este procedimiento es muy elogiado en Inglaterra y en América; no obstante, Jameson declara que en ningún caso ha visto desaparecer por completo los inconvenientes de la fistula lagrimal; fistula que en último resultado es sostenida por la sola presencia del clavo.

Procedimiento de Malgaigne.—Reflexionando Malgaigne sobre este