

particular, llegó á creer que un estilete como el de Ware, pero cuya cabeza redondeada quedase oculta en el interior del saco lagrimal (fig. 367), alcanzaría perfectamente el objeto deseado, sin el inconveniente de dejar de un modo indefinido una fístula abierta al exterior.

Hizo aplicación de este nuevo procedimiento á distintos sujetos. Algunos alcanzaron mejoría, pero no pudo observarlos el tiempo



Fig. 367

Clavo de Malgaigne, modificado por Richet

suficiente para asegurar que la curación fuese radical. En otros, fué preciso retirar el clavo, porque subía hacia el ángulo mayor del ojo.

4.º *Dilatación del conducto óseo. Procedimiento de Gerdy.*—Este cirujano introduce en el conducto nasal un escalpelo estrecho cuya extremidad está encorvada, dando al instrumento una forma parecida á la de la podadera, con el cual corta el unguis de abajo arriba, á lo largo de su borde anterior; vuelve en seguida el corte hacia atrás y adentro, y divide igualmente de abajo arriba el mismo unguis aproximadamente á lo largo de su borde posterior, y finalmente, introduciendo en el conducto así ensanchado gruesas mechas, procura la cicatrización de su pared interna, bastante separada para asegurar la dilatación del conducto membranoso.

TERCER MÉTODO. *Formación de un conducto artificial.*—Existen de este método dos procedimientos principales: uno consiste en colocar indefinidamente una cánula en el conducto antiguo ó aproximadamente en su dirección; y el otro, en labrar una nueva vía á través del unguis. Laugier practicó una abertura en la pared del seno maxilar; pero esta perforación no tiene ventaja alguna sobre la del unguis; y por otra parte, la acumulación del líquido lagrimal en el seno podría tener serios inconvenientes.

1.º *Cánula permanente dentro del conducto.*—Parece que Foubert fué el primero que ideó este procedimiento, que estuvo en gran uso en los tiempos y por recomendación de Dupuytren. La cánula debe ser de oro ó platino para que no pueda con el tiempo sufrir alteración alguna; tendrá al nivel de su orificio superior un rodete que impedirá su excesiva introducción; Pellier le añadía aún otro

rodete en su parte media para impedir que, una vez introducida, retrocediera. Dupuytren cortaba en pico de flauta (fig. 368) el extremo inferior de esta cánula, modificación que expone á perforar la mucosa y hasta los huesos. Dicho cirujano daba también á este instrumento una ligera corvadura en sentido de su longitud, para que se adaptara mejor á la que naturalmente tiene el conducto. Sin embargo, el defecto mayor de la cánula de Dupuytren consistía en su excesiva longitud, no menor de 20 á 25 milímetros.

Fig. 368  
Cánula de Dupuytren

Se empieza incindiendo el tumor (fig. 364) y se procura dilatar el conducto del mismo modo que en la dilatación temporal: desde el momento que ofrece calibre suficiente para recibir la cánula sin peligro de desgarrar, se introduce ésta como se haría con un clavo metálico ordinario, valiéndose del mandril para facilitar este tiempo y, en caso necesario, empleando la fuerza suficiente para que el rodete superior llegue á ocultarse por completo dentro del saco lagrimal y á regular distancia de la herida exterior para que no dificulte su cicatrización. Después de haber retirado el mandril, se manda al enfermo que se suene, y si por la herida sale sangre ó moco mezclado con aire, se puede asegurar que la cánula está colocada cual conviene. Si no saliese absolutamente aire por la cánula, sería, una de dos: ó que el instrumento ha seguido una falsa vía ó no se ha introducido lo suficiente; en este caso, se procederá á introducirla más ó retirarla para repetir la operación, procurando que se introduzca exactamente en el conducto. Sólo falta cubrir la pequeña herida con un parchecito de tafetán engomado, y esperar que se efectúe la cicatrización.

Dupuytren operaba de otro modo: con el bisturí cogido casi perpendicularmente, lo hundía de un solo golpe en el saco y en el conducto, y retirándolo un poco, deslizaba sobre la hoja la cánula con su mandril, retiraba de repente el bisturí, y de un empujón brusco introducía la cánula. Era verdaderamente admirable la rapidez con que practicaba esta operación; el operado volvía inmediatamente á su trabajo, muchas veces sin apercibirse de que llevaba colocada la cánula.

Pero es preciso también consignar que el cirujano no sabía en dónde la había colocado, y que, introduciéndola á violencia en un conducto estrechado, en la infinita mayoría de casos labraba falsas vías, desgarrando la mucosa y denudando y hasta fracturando la pared ósea del conducto.

Este procedimiento debe, por consiguiente, ser desechado en absoluto para los casos en que el conducto está simplemente estrechado y es posible dilatarlo; será tal vez más aplicable cuando el conducto esté obliterado. Para este último caso, Monro propuso



que se labrase con un punzón un conducto nuevo en la dirección del normal; Wathen aconsejaba servirse de un taladro para formar el conducto, y que se colocase en su interior una cánula; parece que Dupuytren puso una vez en práctica el proceder de Wathen. No deja de ser una rara ilusión creerse que de este modo es posible labrar un conducto óseo regular; se opera enteramente al acaso, y sin duda que el mandril de la cánula serviría á este objeto como cualquier otro de los demás instrumentos empleados.

El empleo de la cánula ha sido objeto de un sinnúmero de objeciones. No me refiero ya á la de Dupuytren, que evidentemente es demasiado larga y á veces ha llegado á atravesar la bóveda palatina; es además demasiado delgada y por consiguiente está expuesta á retroceder hacia el saco lo mismo que á caer á las fosas nasales, y por fin, siendo de plata está expuesta á alterarse. La cánula mejor construída y la más bien colocada puede determinar violentos dolores, neuralgias dentarias, irritaciones de toda clase, hasta con el tiempo puede llegar á producir la caries ó la necrosis de los huesos que la rodean; pero como quiera que puede llegar el momento de ser indispensable extraerla por causa de accidentes más graves, es necesario que digamos cómo se debe en tal caso proceder.

Después de haber abierto suficientemente el saco lagrimal, se introduce en la cánula un mandril provisto de una rosca que se ajusta á ella, ó bien un mandril bífido cuyas ramas se separan apoyándose contra las paredes de la cánula, ó bien nos serviremos del gancho de J. Cloquet; sea cual fuere el medio empleado, al retirarla se emplea únicamente la fuerza necesaria, pero sin sacudidas y atrayéndola en la dirección conocida del conducto.

2.º *Perforación del unguis.*—Algunos cirujanos antiguos recurrieron ya á esta operación con objeto de dar curso al pus por la nariz. Después se ha pensado en dar esta nueva vía al líquido lagrimal, á cuyo objeto se han empleado el trócar, el hierro candente, diversos sacabocados, un trépano pequeño, etc. Algunas veces Gerdy ha escindido con su bisturí especial la pared interna del conducto después de haberla abierto por el procedimiento anteriormente descrito. Reybard ideó un perforador muy parecido al de Deleau para la membrana del timpano, y que consiste en una barrena en forma de tirabuzón, por medio de la cual se labra en el unguis un agujero cuyo diámetro no excede de un milímetro; una vez atravesado el hueso, y cuando todo el tornillo ha penetrado en la fosa nasal, se introduce una cánula cortante que divide todas las partes comprendidas entre su reborde y el tornillo que le sirve de punto de apoyo, obteniendo así una pérdida de sustancia, cuyo diámetro excede de 5 milímetros.

CUARTO MÉTODO. *Destrucción de las vías lagrimales.*—Ya he hablado anteriormente de la extirpación de la glándula lagrimal practicada por P. Bernard y Textor; se ha intentado igualmente destruir los puntos lagrimales, como también el saco mismo.

1.º *Destrucción de los puntos lagrimales.*—Bosche, que fué el primero que pensó en este tratamiento, los cauterizaba con un cilindro muy delgado de nitrato de plata; otros cirujanos se han servido de un pequeño cauterio calentado al blanco. Velpeau los divide de un tijeretazo á fin de que se obliteren por cicatrización.

2.º *Destrucción del saco lagrimal.*—Este método era el *nec plus ultra* de la cirugía antigua. A. Nannoni reprodujo este tratamiento en el siglo XVIII cauterizando el saco con los cáusticos y L. Nannoni, su hijo, con el hierro candente.

Stoeber incide ampliamente el saco, separa los labios de la herida con las pinzas y pasa por el interior del saco un cilindro de potasa cáustica. Magne, que fué el primero que reprodujo este método en 1848, emplea la manteca de antimonio. Jungken prefirió el cloruro de zinc; véase como Desmarres (padre) ha formulando la manera de aplicarlo.

*Cloruro de zinc.*—Desmarres, modificando el procedimiento de Jungken, se sirve de una pluma de ave cortada en forma de tubo y aplastada por el extremo que debe penetrar en la herida, para que pueda tomar una forma prolongada. Se introducen en este tubo dos ó tres granos de cloruro de zinc del tamaño de un cañamón; en el otro extremo se introduce una bolita de hilas que, con el auxilio de un estilete, deberá servir de pistón. Dispuesto así el tubo, se le introduce en el saco por la herida; se empuja entonces con el estilete hacia la herida la esponja que lleva delante de sí el cáustico, quedando todo en el interior del saco hasta el día siguiente.

A mi entender, sería mucho más sencillo cortar un pedazo de pasta Canquoin de las dimensiones del saco, é introducirlo en él con unas pinzas de disección.

*Cloruro de antimonio.*—Magne prefirió este cáustico, porque es líquido; pero, para que conserve su acción, es preciso tomarlo en cristales y licuarlo por el calor en el momento de la operación. Basta únicamente practicar una incisión de un centímetro por debajo del tendón, y luego separar sus bordes con un espéculum especial.

*Cauterio actual. Procedimiento de Desmarres.*—Este cirujano se



sirve de un cauterio que ofrece en primer lugar como reservorio del calórico una esfera de hierro de unos 15 milímetros de diámetro, de la cual nace un vástago obtuso de igual longitud, destinado á penetrar en el saco (fig. 369). Se abre éste por una incisión, que, empezando á un centímetro por encima del tendón del orbicular, descende siguiendo el reborde de la órbita, en la extensión de 3 centímetros, y dividiendo la piel, el tendón y el saco hasta llegar

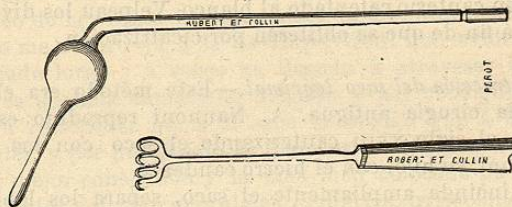


FIG. 369

Cauterium y erina para la cauterización del saco lagrimal

al hueso. Los labios de esta incisión se separan con erinas de cuatro á seis dientes ó con separadores no fenestrados; se cubre el párpado con una compresa mojada, y, aplicando rápidamente el cauterio en el saco, se le cauteriza de arriba abajo y en toda su extensión. El calor del cauterio no debe pasar del rojo cereza para que no interese los huesos, pues que podría provocar su necrosis; igualmente no debe aplicarse sobre la cara externa del saco, porque podría afectar la esclerótica.

Sin duda que á algunos les parecerá demasiado larga la incisión, pero Desmarres afirma que si se hace más pequeña, la cauterización no puede ser completa, por lo cual insiste en la sección del tendón del orbicular, á fin de que no quede intacta la porción superior del saco, pues que bastaría esta circunstancia para provocar la recidiva.

Cuando no están afectados los huesos, la herida se cierra del décimoquinto al trigésimo día; de lo contrario, puede permanecer abierta durante dos meses. A veces será suficiente una sola cauterización, pero en otras se hace indispensable repetirla dos y tres veces; Desmarres refiere el caso de una niña en la cual después de tres cauterizaciones en el espacio de siete meses, se vió aún obligado á escindir los conductos lagrimales para que la curación fuese completa.

La galvanocáustica es indudablemente el medio más sencillo y seguro para la destrucción del saco, pero el cirujano debe procurar que su acción alcance la desembocadura de los conductos

en el saco. Será además útil destruir los mismos conductos, lo cual será fácil alcanzarlo del modo siguiente: se introduce en cada uno de ellos un alfiler, y mientras se pone cada uno de éstos en contacto con los conductores, se procura que sus puntas se toquen mutuamente. En seguida se ponen incandescentes los alfileres y los conductos de este modo destruídos se obliteran.

Es una cuestión muy importante saber en qué consiste la curación obtenida por destrucción del saco. La fistula se cicatriza, cesa el derrame de pus; pero ¿y el líquido lagrimal? Desmarres afirma que frecuentemente ha observado que el lagrimeo desaparece, sobre todo si, pasado algún tiempo, ha cesado toda irritación, y que cuando el lagrimeo persiste, siempre es en grado muy remiso. Este juicio peca por exagerado en sentido favorable; para convencerse de ello, basta leer lo que el mismo autor ha descrito sobre los lagrimeos por ausencia, estrechez y desviación de los puntos lagrimales.

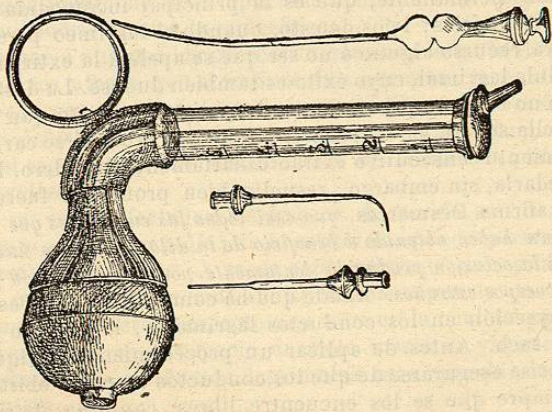
*Apreciación.*—La multitud de procedimientos ideados es ya prueba fehaciente de las dificultades que ofrece la curación de la enfermedad que los motiva; y, en efecto, no hay uno solo que garantice el resultado con certeza. Cuando, por otra parte, se toman en consideración la duración del tratamiento, los dolores y los accidentes que á veces le acompañan, ¿no serán éstas razones suficientes para aceptar decididamente la destrucción del saco? Así lo creen muchos cirujanos, pero yo no puedo adherirme á este parecer. La destrucción del saco no da seguridad absoluta contra el lagrimeo permanente, que es la principal incomodidad de las fístulas ordinarias; lejos de esto, cuando el lagrimeo persiste, no queda ya recurso alguno á no ser que se apele á la extirpación de la glándula lagrimal, cuyo éxito es también dudoso. La destrucción del saco no está tampoco exenta de peligros, puesto que con motivo de ella se han visto aparecer erisipelas, producirse caries y ser el tratamiento consecutivo extraordinariamente duradero. La cuestión quedaría, sin embargo, resuelta bien pronto, si fuera cierto, como lo afirma Desmarres, *que casi todas las curaciones que los cirujanos creen haber obtenido á beneficio de la dilatación, son únicamente debidas á la oclusión producida lentamente por la supuración y el contacto de cuerpos extraños.* Añade que ha comprobado este resultado, por la inyección en los conductos lagrimales, la cual no penetra hasta el saco. Antes de aplicar un procedimiento cualquiera es regla precisa asegurarse de que los conductos no están obliterados. Pero, siempre que se los encuentre libres, considero de rigor intentar el restablecimiento de su función por todos los medios aplicables, antes de recurrir á la destrucción de los órganos, caso que puede compararse á una amputación. Llegado el caso de tener



que operar en este sentido, me parece que la extirpación del saco por medio del bisturí y de la legra, sería más sencilla y menos peligrosa que la aplicación de los cáusticos ó del cauterio actual.

El tratamiento de las afecciones de las vías lagrimales ha sufrido en estos últimos veinte años profundas reformas. La mayor parte de los procedimientos descritos anteriormente por Malgaigne han sido abandonados, y el método hoy día generalmente seguido es el de la dilatación de las vías lagrimales con sección de los puntos y conductos del mismo nombre, pequeña operación preliminar que permite la introducción de estiletes más ó menos voluminosos en el conducto nasal. El cateterismo de este conducto por las fosas nasales está completamente, y con justo motivo, abandonado; el cateterismo por las vías lagrimales superiores con sección de los puntos lagrimales es suficiente para curar la epífora. Practicada con perseverancia y secundada por las inyecciones medicamentosas, desvanece por lo común la inflamación y el catarro del saco, y muy frecuentemente procura la curación de la fistula lagrimal. Este medio, continuado durante uno ó dos meses, me ha bastado para alcanzar la curación de muchas fistulas, por lo que creo que únicamente en los casos muy excepcionales de falta absoluta de resultado, se deberá recurrir á la obliteración del saco y á su destrucción por los cáusticos (1).

(1) Para las inyecciones de las vías lagrimales, el doctor Carreras y Aragón ha ideado una jeringa cuyas ventajas tiene todos los días ocasión de comprobarla en la práctica. Viene representada en la adjunta figura, y, como se ve,



consta de un cilindro de cristal graduado en tres partes iguales, de 2 gramos de cabida cada una de ellas, cerrado en una de sus extremidades por una lámina de plata con un pequeño tubo de salida, al cual se adaptan sifones rectos

## ARTÍCULO II

## OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LOS PÁRPADOS

## I.—Tumores enquistados de los párpados

Estos tumores, cuya naturaleza no está todavía bien deslindada, son generalmente pequeños quistes que contienen un líquido seroso, sanguinolento y hasta á veces purulento, cuyas paredes son fungosas, rojizas y fácilmente se las puede romper ó desgarrar. Ocupan tres sitios distintos: 1.º debajo de la piel, en donde se los encuentra fácilmente, porque son movibles y muy prominentes; 2.º debajo del músculo orbicular, el cual los comprime; de manera que, si bien forman prominencia al exterior, acaban por desgastar y perforar el cartílago tarso, para abrirse en la conjuntiva; éstos son los más comunes; 3.º debajo de la conjuntiva, y en este caso no forman prominencia al exterior.

Se ha tratado de obtener su resolución por los fundentes, la acupuntura, un pequeño sedal que los atraviese, la cauterización del trayecto fistuloso, etc. Dupuytren abría estos tumores con el bisturí y cauterizaba su fondo con el lápiz de nitrato de plata. Otros cirujanos han apelado á la extirpación, para lo cual se incide la piel ó la conjuntiva, y puesto así de manifiesto el tumor, se le coge con una pequeña erina para disecarlo. Esta disección debe hacerse con suma delicadeza, puesto que á consecuencia de ella se ha encontrado distintas veces desgastado y hasta perforado el cartílago tarso y el borde palpebral dividido, accidentes que han debido producir deformidades secundarias. La sangre que sale de la herida es, para el operador, un obstáculo considerable, y para evitarlo, Desmarres ha inventado una pinza especial que comprime entre dos anillos la porción de párpado en que se asienta el tumor (fig. 370). Por último, aun con el auxilio

ó curvos destinados á penetrar en los puntos ó conductos lagrimales, como asimismo las sondas huecas de Bowman; en la otra extremidad existe un armazón de plata acodado y en forma de embudo, al que se adapta una pera de caucho, que sirve para hacer el vacío en el interior del aparato, y, por lo tanto, para absorber y expulsar el líquido. La parte externa é inferior del codo lleva un anillo en el que se apoya el pulgar mientras el índice comprime la pera para dar salida al líquido. Ha notado el doctor Carreras que esta jeringa funciona con entera regularidad y que con ella se opera con mayor seguridad que con la de Anel, evitándose sobre todo los movimientos bruscos de atrás á delante, que tanto molestan al enfermo.