

PRÁCTICA MÉDICA

LO QUE TODO MÉDICO DEBE SABER SOBRE EL TRATAMIENTO MODERNO, DE LAS DACRIOCISTITIS Y EL LAGRIMEO CRÓNICO

por el doctor

JOSÉ G. MÁRQUEZ

Oculista de los Hospitales Militar y del Sagrado Corazón, de Barcelona

Hay en toda especialidad problemas, que aún correspondiendo de lleno al especialista, deben ser conocidos en sus líneas generales por todo médico práctico.

Tal sucede en Oftalmología, con los que plantea la curación del lagrimeo. Este padecimiento tan frecuente que casi no respeta hogar, se consulta a menudo con el médico de la familia, cuyo crédito se afianza o disminuye, según que sus indicaciones coincidan o no con las del oculista más tarde consultado.

Por ello hemos creído útil publicar en esta sección el presente trabajo encaminado a divulgar entre los compañeros no especializados el floreciente estado actual, de la cirugía de las vías lagrimales.

Para alcanzar nuestro objeto, dividiremos éstas notas, en dos partes: la primera, consagrada a la fisio-patología lagrimal; la segunda, a su terapéutica quirúrgica.

Fisio-patología lagrimal *Lagrimeo crónico*

Entendemos por tal, el ocasionado por la obstrucción permanente de las vías lagrimales.

Esta afección que parece a primera vista sin importancia alguna, produce con frecuencia daños visuales irreparables, y es siempre, un achaque tan desagradable y molesto, que lleva a los enfermos en la esperanza de librarse de él, a soportar con resignación toda clase de gastos y sufrimientos, a veces durante largos años.

Por esto los oculistas le concedemos una atención tan preferente, y por eso se explica la expectación que en el público ocasiona el anuncio de cualquier avance realizado en su curación.

Para comprender fácilmente la manera de actuar de los diferentes medios propuestos contra el lagrimeo, y juzgar del valor de los que modernamente se emplean basta echar una ojeada a las figuras adjuntas.

Por ellas vemos (figura 1) que el cauce lagrimal recibe de las glándulas lagrimales situadas en el fondo de saco superior de la conjuntiva, el líquido lagrimal, quien después de lubricar la córnea, humedecerla para evitar su desecación, y arrastrar el polvo atmosférico y los gérmenes que a ella constantemente llegan por la abertura palpebral, alcanza el lago lagrimal, penetra por los puntos y conductillos del mismo nombre, llena el saco, enfla el

conducto nasal, y viene a derramarse por la extremidad inferior de éste, en las fosas nasales, en donde el líquido se evapora, las partículas sólidas son fagocitadas por la pituitaria, y los gérmenes destruidos por la acción bactericida del moco nasal.

La obliteración de estas vías en cualquier punto de su trayecto, determina dos trastornos; uno, físico, el lagrimeo; otro, biológico, la infección de las lágrimas estancadas.

Que predomine uno u otro de estos dos factores, depende del lugar en que resida el obstáculo.

Si por encima del saco (Fig. 2), todo queda reducido al lagrimeo, porque las lágrimas aún ya infectadas, no tienen tiempo de originar lesiones graves, durante su corta permanencia en el lago lagrimal, cuyos bordes pronto rebasan, para derramarse por la mejilla.

Si por debajo del saco (Fig. 3), el lagrimeo queda oscurecido, por el mayor relieve que adquieren, las complicaciones derivadas de la acumulación y retención de lágrimas en la cavidad sacular (brotes, erisipelatosos, flemones, fistulas, úlceras corneales, etc.).

Terapéutica lagrimal

Para remediar estos trastornos, podemos intentar:

- 1.º Restablecer el curso de las lágrimas por las vías naturales.
- 2.º Disminuir los peligros de la retención lagrimal.
- 3.º Crear un nuevo desagüe, a las lágrimas estancadas.

Restablecimiento de la corriente lagrimal por las vías lagrimales

Si estas se hallan cegadas por encima del saco (Fig. 2), nuestra terapéutica resulta impotente ante la extremada delicadeza de los puntos y conductillos obstruidos, y el enfermo queda condenado al lagrimeo durante toda su vida.

POYALES y MORAX, de Madrid y París respectivamente, han propuesto métodos de reconstitución de los conductillos, que, según sus propios autores, son de resultado mediocre.

Por nuestra parte venimos practicando hace algún tiempo, con buen éxito, un procedimiento original, aplicable no sólo al lagrimeo por atresia de los puntos y conductillos, sino también, al que atormenta a las personas extirpadas del saco lagrimal.

Pero ni nuestra estadística es en la actualidad suficientemente numerosa ni los casos llevan el tiempo de observación necesario, para que consideremos lícito lanzar a la publicidad el nuevo método, que por hoy sólo mencionamos.

Cuando las vías se hallan obturadas por debajo del saco (Fig. 3), puede intentarse desobturarlas, mediante las sondas lagrimales.

Estas son de gran utilidad, si la causa de la obstrucción es accidental y sin tendencia a reproducirse.

TRATAMIENTO DE LAS DACRIOCISTITIS Y EL LAGRIMEO CRÓNICO

DR. JOSÉ G. MÀRQUEZ

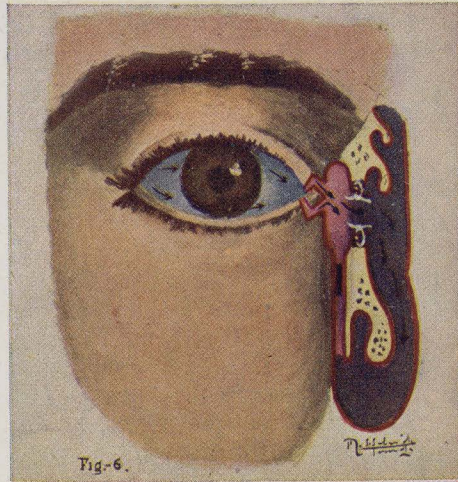
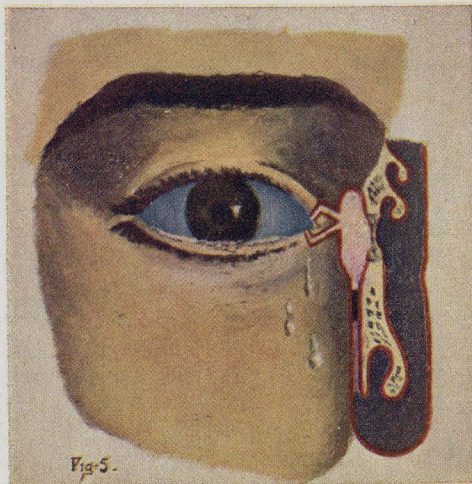
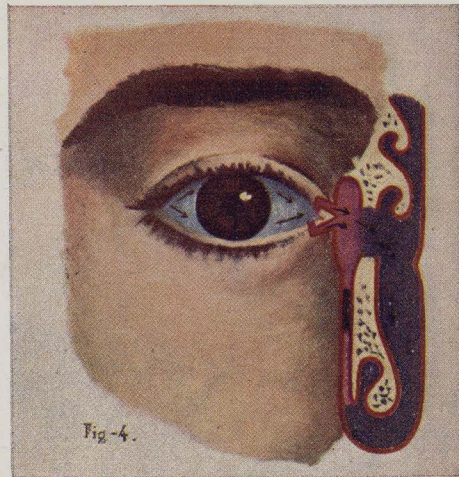
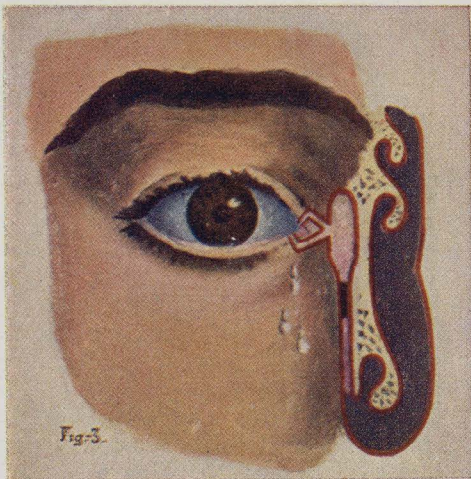
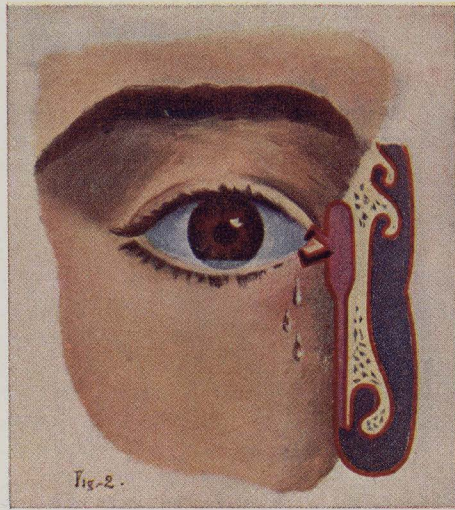
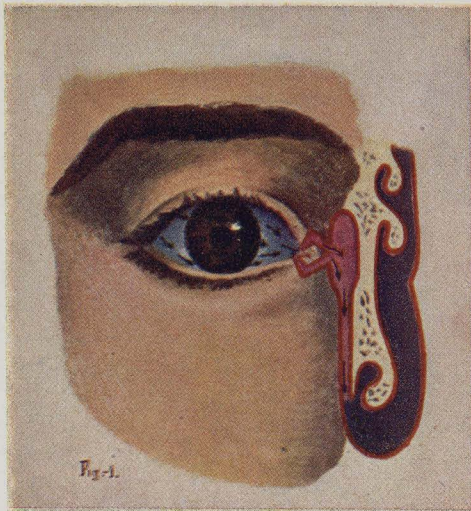


Fig. 1. — Disposición normal de las vías lagrimales (esquemático). Las flechas indican el sentido de la corriente lagrimal.

Fig. 2. — Obstrucción del punto lagrimal superior y atresia del inferior (lagrimeo simple) (esquemático).

Fig. 3. — Obstrucción del conducto nasal con retención purulenta en el saco y lagrimeo (esquemático).

Fig. 4. — Operación de TORRÍ. (Se ha reseccado parte de la pared interna del saco, parte del unguis y de la apófisis ascendente del maxilar superior y parte de la pituitaria). Los

bordes de ambas mucosas quedan libres.

Fig. 5. — Operación de TORRÍ. Obstrucción del orificio operatorio por tapón fibroso, procedente de la submucosa del saco y de la pituitaria. Reproducción del lagrimeo y la

supuración.

Fig. 6. — Operación de DUPUY-DUTEMPS, evitando la oclusión del trayecto por tapón fibroso, gracias a la sutura indicada de los labios de ambas mucosas que aseguran la epitelización y definitiva permanencia del conducto labrado.

Tal sucede en el recién nacido cuyo conducto nasal se halla obstruído por tapones epiteliales. Basta empujarlos hacia la nariz con una sonda introducida delicadamente por los puntos lagrimales, para que la permeabilidad se establezca y conserve.

Fuera de este caso, las sondas muy en boga hasta hace pocos años, han caído en desuso, porque la permeabilidad obtenida con ellas, cesa tan pronto como dejan de aplicarse, y además, porque su introducción es dolorosa y expuesta a originar erosiones, que a menudo determinan brotes erisipelatosos.

Disminución de los peligros de la retención lagrimal

Se consigue, con la extirpación del saco.

Actualmente, es la operación practicada por la generalidad de los oculistas, que ven en ella un medio seguro de curar las fístulas lagrimales, y de suprimir radicalmente el peligro del pus en la vecindad del ojo. Con esta operación, se aminoran las complicaciones infecciosas de la estancación lagrimal, pero el lagrimeo continúa, con gran desencanto del enfermo, que se sometió a la intervención por verse libre de él, y no por temor a complicaciones que no sabe imaginar. El ojo después de la extirpación queda en análoga situación que aquel que tiene los conductillos obstruídos (Fig. 2).

Creación de un nuevo cauce lagrimal

Es la solución perfecta de nuestro problema.

Ya en la más remota antigüedad se intentó perforar el unguis, con este fin, pero se abandonó en seguida, porque después de un tiempo variable de permeabilidad, el orificio se ocluía, reproduciéndose el mal.

Modernamente, TOTI, oculista italiano, resucitó el procedimiento, practicando una trepanación reglada, y a cielo descubierto sobre el unguis y la apófisis ascendente del maxilar superior, seguida de la abertura del saco y la pituitaria, según indica la figura 4.

A esta operación la denominó Dacriocistorrinostomía.

Su técnica fué ensayada por oculistas de todos los países deseosos de curar radicalmente la obstrucción lagrimal, en lugar de agravarla, como se hace con la extirpación del saco.

También los rinólogos la practicaron por vía nasal, rasgando de dentro afuera, y sucesivamente, la pituitaria, el unguis, y el saco.

Pero bien pronto se vió que los resultados definitivos de esta operación, ya fuese practicada por la región lagrimal o por las fosas nasales, estaban muy lejos de ser tan halagüeños como se decía, lo que se comprende fácilmente, a poco que se piense, que la pituitaria y el saco alejados recíprocamente por el espesor muchas veces considerable del maxilar y el unguis, en lugar de unirse (lo que es indispensable para el éxito operatorio) se ocluirán separadamente en un tiempo más o menos lar-

go, dando lugar a la reproducción del padecimiento (Fig. 5).

La práctica del TOTI seguida de innumerables fracasos, llevó a OHM, en Alemania, y a DUPUY-DUTEMPS, en Francia, a imaginar una operación osteoplástica, que aunque de más difícil ejecución, asegura el éxito buscado.

Esta operación consta de dos partes; la primera consiste en practicar la trepanación ósea, y la abertura del saco y la pituitaria, como en el TOTI (Fig. 4); la segunda, en asegurar la unión de estos dos órganos, mediante una sutura que les anastomosa (Fig. 6), tal y como se procede en cirugía gástrica, al ejecutar la gastro-enterostomía.

La idea de la anastomosis, fundada en la observación tan antigua como el hombre, de que no existe ni un solo ejemplo en la economía de conducto o cavidad orgánicos, sin su correspondiente revestimiento epitelial, ha dado la clave del éxito, ya que gracias a ella, las nuevas vías lagrimales se hallan tapizadas de epitelio desde los puntos lagrimales a la fosa nasal, lo que asegura la permanencia definitiva del nuevo desagüe.

A partir de la publicidad alcanzada por los trabajos de los mencionados autores, principalmente los de DUPUY-DUTEMPS, el crédito de la operación se ha consolidado, viniendo a ser, en la actualidad, el único procedimiento indiscutible, de curación radical de las obstrucciones lagrimales.

En España, los primeros trabajos publicados sobre la Dacriocistorrinostomía con anastomosis, se deben a BASTERRA, de Madrid, quien a partir de 1924, fecha de su primera comunicación, ha seguido practicando la intervención con creciente éxito, introduciendo en ella modificaciones importantes, que lejos de alterar, afianzan el principio fundamental de la anastomosis mucosa.

Los trabajos de BASTERRA fueron seguidos de los nuestros (también con interesantes modificaciones) en forma de comunicaciones orales a la Sociedad Oftalmológica de Barcelona, y presentación de numerosos operados. (Publicadas todas ellas, en Archivos Hispano-Americanos de Oftalmología, años 1925, 1926 y 1927).

Posteriormente hemos tenido la satisfacción de contribuir a la divulgación de la Dacriocistorrinostomía, practicando ante numerosos oculistas en el Instituto Oftálmico Nacional, durante las Jornadas Médicas recientemente celebradas en Madrid, varias sesiones operatorias.

Sin embargo, a pesar de los brillantísimos éxitos que con la Dacriocistorrinostomía se obtienen (los enfermos quedan definitivamente curados como si nunca hubiesen padecido de las vías lagrimales), la operación se generaliza lentamente.

Ello es debido a la justificada desconfianza de la clase médica, ante toda innovación (¡ha sido engañada tantas veces con argumentos y estadísticas falsos!) y a la repugnancia que todos sentimos a cambiar nuestros hábitos quirúrgicos, sobre todo si los nuevos, y este es nuestro caso, exigen un mayor esfuerzo y atención que aquellos con los cuales estamos familiarizados.

No obstante, la nueva concepción operatoria se halla tan ajustada a los principios de la razón natural, que se abrirá paso por sí sola, arrollando cuantos obstáculos le opongan el escepticismo y la rutina. Y si estos fuesen tales que no bastase la idea para destruirlos, la nueva técnica se impondrá también, porque contará, porque ya cuenta, con aliados invencibles; los propios enfermos que no se dejarán practicar la extirpación del saco, sabiendo que pueden curar radicalmente, mediante una operación que no deja el más leve lagrimeo (1).

DERMATOSIS PIÓGENAS Y SU TRATAMIENTO

por el Doctor

A. CARRERAS

de Barcelona

Con este nombre se conoce un grupo de dermatosis, producidas por los microbios de supuración, que se encuentran habitualmente en la piel, en estado saprofito y que obedeciendo a una causa determinada, exaltan su virulencia y se hacen patógenos. Los gérmenes que producen estas dermatosis son los estafilococos y los estreptococos. Su virulencia es muy diferente según la causa productora y condiciones individuales del enfermo. Los estafilococos tienen más poder piogénico, produciendo un pus espeso, cremoso y con tendencia necrosante; el estreptococo, por el contrario, produce más exudación de plasma, y el pus que forma es más seroso.

La puerta de entrada de la infección en la piel es casi siempre externa: Unas veces se trata de un traumatismo. Traumatismo cutáneo que puede ser producido no ya por una herida, sino por un parásito (sarna, piojos, etc.), o por el rascado en una piel que es asiento de una dermatosis pruriginosa.

La maceración de la epidermis, sea debida a una dermatosis secretante o sea provocada por emolientes (cataplasmas) o antisépticos (fenol, sublimado, etc.), favorecen también las dermatosis de supuración.

Estas pueden constituir también las lesiones secundarias de gran número de enfermedades cutáneas, particularmente de los eccemas, por disminución de la resistencia local.

Los agentes piógenos pueden quedar localizados en la epidermis, constituyendo los impétigos y el ectima; o invadir los folículos pilosos, dando lugar a las foliculitis superficiales o profundas (forúnculo y antrax), o bien en los canales sudoríparos, produciendo las hidrosadenitis.

La más vulgar de estas dermatosis piógenas es el

impétigo. Erupción netamente pustulosa, producida tanto por el estreptococo como por el estafilo.

El impétigo estafilocócico o de BOCKHARDT se caracteriza por pústulas pequeñas, rodeadas de un halo inflamatorio y centradas muchas veces por un pelo. Estas pústulas están llenas de un pus cremoso y se secan o se abren formando una costra.

El impétigo estreptocócico o de TILBURY-FOX, está constituido por ampollas de mayores dimensiones, irregulares, de contenido sero-purulento y que asienta sobre la piel rosada. Estas ampollas se secan muy fácilmente dejando una costra milecérica típica, que cuando se elimina deja un tejido rosado de nueva formación. La asociación de estas dos variedades o sea la asociación patógena del estreptococo y del estafilococo dan lugar a la forma más corriente de impétigo, el impétigo vulgar. Muy frecuente en los niños, muy contagioso y formado por elementos de impétigo de TILBURY-FOX y de BOCKHARDT, que se resuelve rápidamente en costras amarillas, color de miel y que recubren zonas rojizas. Esta erupción se propaga rápidamente. Tiene casi siempre su origen, y consiste frecuentemente con coriza, boqueras, conjuntivitis, otitis supuradas, etc. Se presenta corrientemente en individuos linfáticos o sucios y complica muchas veces otras dermatosis (eccemas, sarna, pediculosis, etc.).

Cuando los piógenos no se detienen en la epidermis sino que invaden el dermis y producen un proceso ulceroso, se llama ectima. Se presenta de ordinario en los miembros inferiores y en individuos debilitados o con alguna tara orgánica. Han sido invocadas varias causas para explicar la evolución especial de este proceso: varices, éxtasis circulatorio, linfatismo, alcoholismo, estados depauperantes, diabetes, mayor virulencia de los gérmenes. Todas estas causas y otras pueden dar lugar al ectima. El proceso es, como en el impétigo inicialmente pustuloso. Sobre la pústula se forma la costra y esta costra es espesa y cuando se levanta deja una ulceración de bordes tallados a pico y regulares, que supura. Esta ulceración se repara y deja siempre una cicatriz. Los elementos de ectima son siempre poco numerosos. Las sífilides ulcerosas pueden simular el ectima y es un diagnóstico que hay que aclarar siempre.

Cuando los agentes piógenos de la piel, invaden el orificio pilo-sebáceo y gana las vainas del pelo, produciendo una supuración inflamatoria, toman el nombre de foliculitis. La forma más común de foliculitis es la *sicosis simple*. A veces es consecutiva a otra supuración que acarrea los gérmenes por contacto o inoculándose estos por el rascado. La falta de higiene y otras veces la navaja son los factores que intervienen para determinar la infección, así como toda causa depauperante. Se presenta comunmente en las regiones pilosas, barba, bigote, pubis o axila o bien en el cuero cabelludo.

La lesión empieza por una inflamación peripilar con sensación de prurito o molestia y que termina por supuración alrededor de cada pelo. Los pelos afectos ceden fácilmente a la pinza y están recubiertos por una vaina gelatinosa.

La *sicosis lupoides* está constituida por placas de

(1) Aparte los trabajos mencionados en el texto, no existen en España publicaciones sobre la Dacriocistorrinostomía de DUPUY-DUTEMPS.

Los procedimientos de los Dres. FERNÁNDEZ, BALBUENA, ARRUGA y CASADESÚS (el de este último por vía nasal) son meras variaciones del TOTI, sin anatomosis del saco a la pituitaria, y, por lo tanto, adolecen de los mismos defectos que el del autor italiano, en el cual están inspirados.