



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA



GRUPO

HISTORIA Y HUMANIDADES

EN OFTALMOLOGÍA

Reuniones. Programas. Resúmenes. Textos.

XXIII Reunión

93º Congreso Sociedad Española de Oftalmología.

Zaragoza.... Auditorio Palacio de Congresos de Zaragoza.

2017 20 - 23 septiembre.

Jueves 21 septiembre.

15:00 - 17:00 h. Sala Multiusos 1.

15:41-15:49 h.

La docencia de la fístula lagrimal en los Reales Colegios de cirujanos.

Autor: Julián García Sánchez.

Coautores: M.^a José Vinuesa Silva y Enrique Santos Bueso.

Resumen:

Se hace un breve resumen de la lamentable situación de la docencia de la Medicina en la España del siglo XVIII, que tuvo como consecuencia la creación de los Reales Colegios de Cirujanos, puestos en marcha por Virgili, inicialmente en Cádiz y posteriormente en Barcelona, dedicados a la formación de los cirujanos de la Armada y el Ejército respectivamente. El libro de texto que se utilizaba para la enseñanza de la cirugía, dedica dos capítulos a la Oftalmología, en esta comunicación presentamos el capítulo XVII, que se refiere al estado de conocimiento sobre la Fístula lagrimal, su tratamiento y las técnicas quirúrgicas recomendadas así como el instrumental que utilizaban para la cirugía.

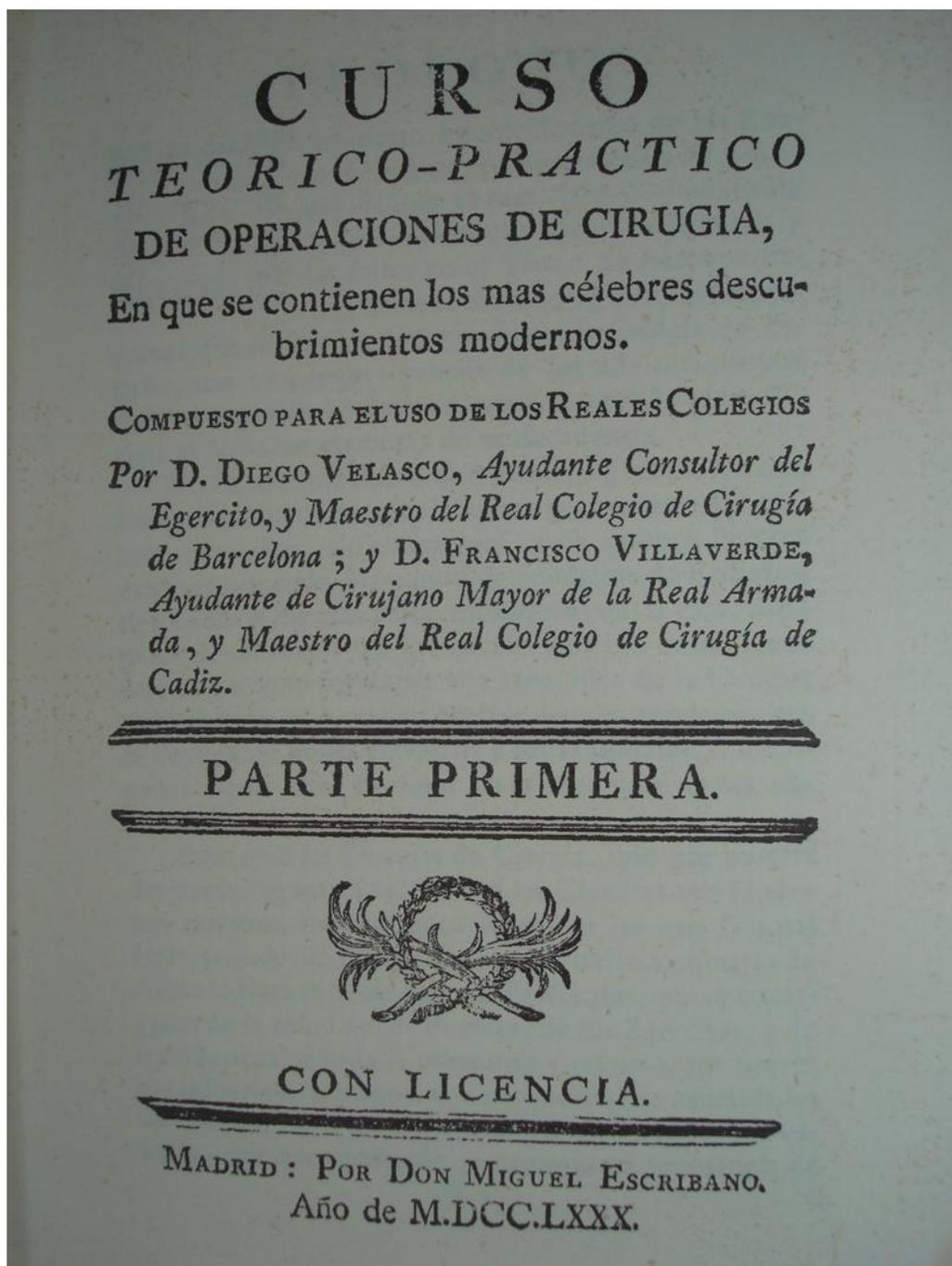
Texto:

La Docencia de la Oftalmología en los Reales Colegios de cirujanos.

El primer Real Colegio de cirujanos de la Armada, fue creado en Cádiz por Virgili y representa el primer intento de una enseñanza de la medicina orientada hacia la práctica, para disminuir la mortandad de los marinos, enfermos y/o heridos, en los barcos de la marina española.

Diego Velasco y Francisco Villaverde, destacados alumnos del Colegio de Cádiz, son seleccionados por Virgili (Fundador y primer director de este Real Colegio y del posteriormente fundado en Barcelona Real Colegio de cirujanos del ejército) para completar su formación en París (Le Grand). Velasco está en París desde el 25 de Enero de 1759 hasta Septiembre de 1761, Villaverde desde el 25 de Enero de 1759 hasta el hasta Septiembre de 1762.

A ambos se les encomienda el cometido de adquirir la adecuada preparación para la redacción, con destino a la docencia del Real Colegio, de una obra que recogiera las enseñanzas recibidas. Los autores escriben: “Durante nuestra misión en París, formamos una selección de operaciones de cirugía”.



Portada del libro.

El título de la obra delimita, claramente, el contenido del texto y el propósito que los guió en su redacción. La primera edición es de 1763. En la introducción se aclara que” para ser cirujano es imprescindible conocer previamente la Anatomía y la Fisiología”.

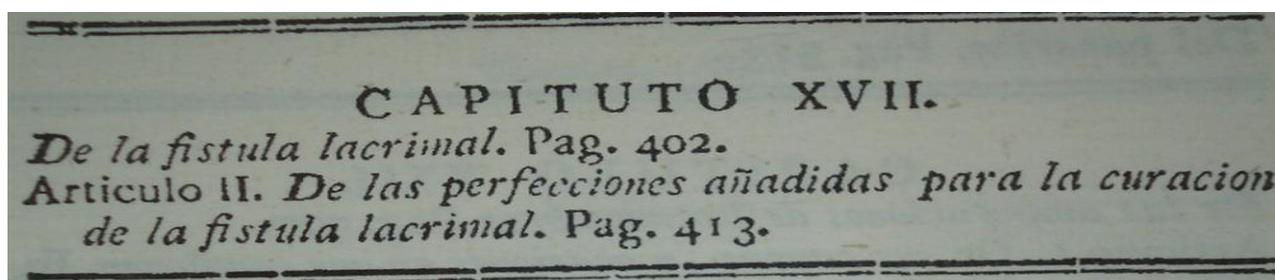
La edición facsímil, que nos ha permitido preparar esta presentación, ha sido promovida por la “Fundación Tecnología y Salud”, impresa por “Europa Artes Gráficas” de Salamanca en 2009 y

pilotada por el Prof. Luis Sánchez Granjel, Catedrático de Historia de la Medicina de Salamanca y Académico Numerario de la Real Academia Nacional de Medicina de España.

Agradecemos, al Prof. Sánchez Granjel y a la Fundación Tecnología y Salud el habernos dado la oportunidad de tener en las manos este texto que, en opinión del Prof. Juan Riera en su libro “Los textos Quirúrgicos españoles en la segunda mitad del siglo XVIII” (Salamanca 1968), afirma que “ha de ser considerado “texto capital” por su adecuación a la mejor Literatura científica del siglo”.

Comentario de los autores: Hemos decidido mantener el castellano tal y como figura en el texto original, con la ortografía de la época que difiere en algunas palabras en la ortografía y también en los acentos.

CAPITULO XVII. De la Fístula lagrimal



Los autores distinguen:

- “I.- a)- F.L. perfecta o verdadera: Tegumentos corroídos y el saco lagrimal abierto.
- b)- F.L. imperfecta y complicada. Fístula falsa o egilops. Sin erosión de tegumentos, y comprimiendo refluye por los puntos lagrimales un humor seroso y purulento.
- II.- Hydropesía del saco lagrimal, fístula chata o plata. Se comprende aquí la simple dilatación o pérdida de resorte del saco lagrimal sin que se halle ulcerado...., que comprimiendo hace refluir por los puntos lagrimales las lágrimas sin materia purulenta”.

CAUSAS

- “I.- Los abscesos que se forman en estas partes en consecuencia de alguna inflamación.
- II.- La obstrucción del saco lagrimal y su continuación (se refiere al conducto lácrimo-nasal).
- III.- La alteración del humor que transita continuamente por el”

DIAGNÓSTICO

“La fístula perfecta (como se ha dicho) es acompañada de ulcera en los tegumentos por la cual salen en parte las lágrimas y alguna serosidad sañosa y purulenta: por esta razón el caño de la nariz, que le corresponde, no destila como el otro, y se halla regularmente seco. La imperfecta y

la chata se diferencian porque, comprimiendo el tumor, se hallan mezcladas con pus en la imperfecta y son claras o ligeramente blancas en la chata”.

PRONÓSTICO

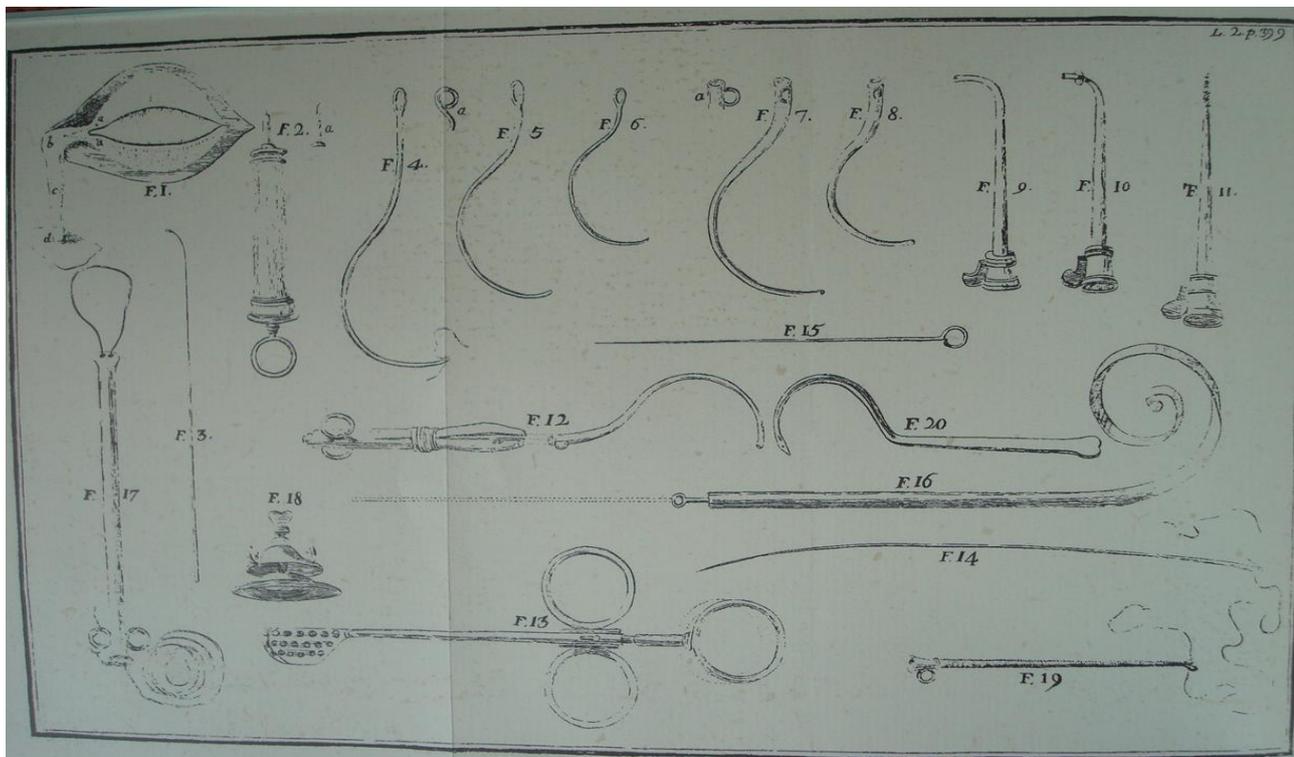
“La fístula complicada de carie no puede curarse, si no se procura antes la exfoliación del hueso...o sin que se restablezca el curso de las lágrimas formándoles una vía artificial. Ambrosio Pareo dice que las fístulas antiguas son causa de que el ojo se atrofie, y algunas veces pierda enteramente su movimiento. Si no hay carie, ni más que una obstrucción en el conducto lagrimal su curación es más fácil; pero si se conoce que las paredes de este conducto estén adheridas, y cicatrizadas entre si, es mui difícil el restablecerlas”.

CURACIÓN

“El principal objeto de la indicación curativa es restablecer (si fuese posible) el curso natural de las lágrimas, desobstruyendo su conducto o sustituyéndoles una vía artificial. Si el saco no está obstruido se introduce una candelilla sutil o un pequeño sedal hasta la nariz para formar el conducto. Si el saco lagrimal está destruido.....es necesario formar una vía artificial”.

COMO SE CONSTRUYE LA VÍA ARTIFIAL

“Los antiguos lo hacían con cauterio...sobre el hueso unguis. Algunos prácticos se contentan con hundir el hueso unguis por medio de una sonda. Los autores recomiendan “Para este efecto se aplicará sobre el unguis una sonda acanalada; en su canal se introducirá hasta el hueso la punta de un trocar grueso y se perforará con el dando vueltas a los lados”. (Dacriorrinostomía) Siguen los consejos de las curas necesarias en el postoperatorio para evitar el cierre del orificio”.



Instrumental para la fístula lagrimal

De las nuevas perfecciones añadidas para la curación de la fístula lagrimal. Artículo II (1)

“Mr. Anel usaba un estilete de plata del mismo grueso en toda su longitud, sin exceder casi nada una cerda de jabalí, que termina en un pequeño botón oval, que introducía por ser más fácil, por el punto lagrimal superior (viene la descripción detallada), se conducirá a través del conducto nasal hasta que asoma en la nariz. Se retirará la sonda y se inyectará a través del mismo punto con una jeringuilla cuyo cañón ha de ser tan delgado como el estilete, continuando así hasta la curación. La inyección se puede hacer también por el punto inferior”.

De las nuevas perfecciones añadidas para la curación de la fístula lagrimal (2).

“Mr. de La Forest, siguiendo la misma idea de desobstruir el ducto lagrimal o nasal, inventó diversas sondas de diferentes magnitudes, proporcionadas al diámetro y longitud del canal, para ser introducidas por el orificio, que termina bajo el cornete inferior. Una de ellas es hueca y lleva insertada una jeringuilla. El autor pretende curar hasta las más complicadas, o sirviéndose de la jeringuilla o, en las más fuertes empleando las sondas más sólidas. Todos convienen en la eficacia del método de La Forest siempre que sea practicable. Se describe el método, como se coloca al paciente, etc...”.

De las nuevas perfecciones añadidas para la curación de la fístula lagrimal (3)

“Mr. Mejan utiliza el método de Anel con una sonda perfeccionada que tiene un ojo en el que se coloca un sedal al llegar a la nariz. Mr. Cabanis diseña un instrumento para facilitar la maniobra de tirar de la sonda en la nariz y facilitar la inserción del sedal que ha de ser muy largo para asomar por el punto lagrimal. Este método solamente necesita inyectar una vez al día. El método de Anel requiere de al menos 3 inyecciones diarias. Si estos métodos fracasan, habría que recurrir a la creación de una vía artificial”.

Bibliografía

Velasco D, Villaverde F. Curso Teórico-Práctico de Operaciones de Cirugía. Edición facsímil. Europa Artes Gráficas. Salamanca 2009

