

REZOLVAREA DACRIOCISTITEI CRONICE PE CALE NESINGERINDA

I. Friedmann

Dacriocistita cronică, cauzată de obstrucția căilor lacrimale, este o afecțiune foarte frecventă. Ea survine în majoritatea cazurilor în urma îngustării sau obstrucției ductului nazo-lacrimal. Rareori găsim și alte cauze: tumori, polipi, fracturi, corpi străini etc. Sacul infectat constituie totodată și un focar periculos pentru organul vizual.

Din cele mai vechi timpuri rezolvarea acestei probleme s-a încercat prin diverse procedee.

Folosind metodele de investigație ce ne stau astăzi la dispoziție, putem stabili fără dificultate cauzele ce duc la obstrucția căilor lacrimale; în schimb, vindecarea afecțiunii constituie o problemă mai greu de soluționat. *Blaskovics* a încercat rezolvarea ei prin îndepărtarea sacului lacrimal și prin efectuarea unui orificiu în osul nazal. *Toti* însă preconizează îndepărtarea numai parțială a sacului și încercă unirea lui prin comprimare cu mucoasa nazală, după îndepărtarea unei porțiuni a osului nazal. Aceste metode au fost perfecționate de *Kuhnl*, *Ohm* și *Dupuy-Dutemps*, care au introdus suturi între sac și mucoasa nazală. *Fazakas* și *Stock* mobilizează ductul nazo-lacrimal, secționându-i partea distală și introducându-l cu ajutorul unui fir de fixație în orificiul pregătit în prealabil în osul lacrimal și mucoasa nazală. *Polyák* și *West* execută operația lui *Toti* pe cale endo-nazală, pentru a evita cicatricea plăgii faciale.

În ultimul timp, cei mai mulți autori preferă intervenția mai puțin complicată a metodelor de intubație. În canalul lacrimo-nazal se introduc tuburi din diferite metale sau materiale plastice, obținându-se rezultate satisfăcătoare. *Mooldon* folosește tuburi din vitaliu, *Rolf*, *Jackson* și *Hruby* tuburi din protoplast, *Ertel* și *Scharf* din supramid, *Krasnov* din polietilenă și metilmetacrilat, iar *Stallard*, *Thomas*, *Bietti*, *Brudet* și *Dejean* tuburi din polietilenă.

Luând în considerare aceste soluții, metoda propusă de noi tinde ca pe lângă respectarea situației anatomice și a punctului de vedere estetic, să înlăture obstrucția canalului lacrimo-nazal printr-un procedeu simplu, care să poată fi executat ușor și repede de orice medic specialist.

Pregătirea bolnavului. În dacriocistiteie supurative ectatice spălăm cu antibiotice sacul lacrimal 1 zi sau 2 înainte de intervenție.

Anestezie. Instilăm în sacul conjunctival inferior 1—2 picături de dicaină 0,5 și 1—2 picături de adrenalină 1%.

Procedeu tehnic. Dilatăm canaliculul lacrimal inferior cu sonde Bowman (nr. 2—6). În canaliculul dilatat introducem o sondă prevăzută cu dren, confecționată de noi. Pătrundem apoi în canalul lacrimo-nazal de-a lungul peretelui osos al sacului lacrimal.

În cursul efectuării acestui procedeu respectăm situația anatomică și evităm crearea căilor false. În general, învingând o mică rezistență ajungem în cavitatea nazală, prin meatul inferior. În acest moment retragem drenul din sondă și în locul lui introducem un fir de poliamid. Dacă firul nu poate înainta spre faringe tragem sonda puțin în sus, pentru a-l putea îndoi, câștigând astfel spațiu liber spre faringe.

Cu un mic cârlig bont, așezat cu vârful în sus, înaintăm de-a lungul peretelui intern al nasului în apropierea planșeului, apoi întorcînd cârligul lateral, îl retragem fără efort. De obicei cârligul trage cu sine firul. Dacă nu-l trage, manopera se poate repeta. Astfel una din extremitățile firului, scoasă prin orificiul nazal, se conduce deasupra nasului pe frunte, unde o fixăm cu leucoplast, împreună cu cealaltă extremitate, din punctul lacrimal, pe care o dirijăm spre frunte tot de-a lungul nasului, pentru a evita lezarea punctului lacrimal (fig. nr. 1).

Terapie. La început mobilizăm firul, zilnic, apoi odată la 2—3 zile, trăgîndu-l în direcția paralelă cu pleoapa, în așa fel, ca să nu lezăm punctul lacrimal. Cu un ac fin, fără vîrf, intrăm de-a lungul firului în sacul lacrimal și facem spălături cu soluție de antibiotice + hidrocortison. Lichidul injectat se evacuează abundent prin nas sau faringe. Antibioticele se utilizează în funcție de antibiograma florei din sacul lacrimal. Prin aceste spălături vindecăm dacriocistita și grăbim epitelizarea canalului lacrimo-nazal.

Firul se îndepărtează după 2—3 săptămîni. Acest timp este suficient pentru vindecarea dacriocistitei și epitelizarea canalului lacrimo-nazal. În cazuri de obstrucție cicatricială se recomandă menținerea firului timp de 6 săptămîni.

Sonda întrebunțată o putem ușor confecționa dintr-un trocar lung de 80—100 mm, avînd diametrul de 1,20 mm, care se întrebunțează la punctele lombare: tăiem vârful trocarului și sonda astfel obținută o șlefuiim împreună cu drenul din ea, pentru a evita lezarea țesuturilor (fig. nr. 2). Partea curbă a cârligului folosit pentru scoaterea firului din nas este de 5 mm (fig. nr. 3).

Pînă acum am aplicat acest procedeu în 7 cazuri de dacriocistită de diferite etiologii, la care obstrucția canalului lacrimo-nazal a persistat timp mai îndelungat. Rezultatele au fost bune și durabile.

Față de metodele utilizate pînă în prezent, procedeu nostru prezintă următoarele avantaje:

1. respectă starea anatomică; 2. tehnica lui este foarte simplă; 3. se poate efectua într-un timp scurt (10 minute); 4. este aplicabil la toate vîrstele; 5. este preferabil și din punct de vedere estetic, deoarece nu lasă cicatrice pe față; 6. se poate aplica și în cazurile cînd starea mucoasei nazale este improprie pentru intervenții chirurgicale; 7. scutește pe bolnav și pe medic de neplăcerile sîngerărilor; 8. face posibilă vindecarea rapidă a dacriocistitelor; 9. se poate executa și la ambulanță; nu necesită internare; 10. rezultatele sînt durabile; 11. nu se produce țesut de granulație, formarea acestuia fiind prevenită prin spălăturile cu antibiotice + hidrocortison, care de-a lungul firului ajungînd în contact cu țesutul, combate congestia și accelerează epitelizarea acestuia.

Sosit la redacție: 7 februarie 1963.

Bibliografia la autori



Fig. nr. 1



Fig. nr. 2

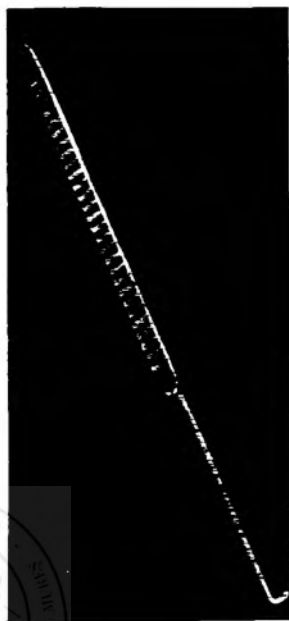


Fig. nr. 3

