

taño en su trabajo no había tratado estos puntos, había sido sin duda porque consideró que sólo debían tratarse entre especialistas; pero que eran de mucha importancia lo mismo que el de la hipermetropía, cuya influencia determina por acción refleja el lagrimeo, punto que había tratado el Dr. Montaña en algún Congreso médico y acerca del cual se había ocupado Badal.

El Dr. Montaña dió las gracias al Sr. Ramos por los elogios que había hecho de su trabajo, y agregó que estaba enteramente de acuerdo con las indicaciones que el mismo Dr. Ramos había hecho á la Academia, y que si en su trabajo no había hecho mención del lagrimeo que produce la presencia de los cuerpos extraños había sido, no por no alargar su trabajo, sino porque no creía que de causa fuera por afecciones de las vías lacrimales.

Que en cuanto á la cuestión de la hipermetropía, si la había tocado en su trabajo; pero sin entrar en mayores detalles por no hacer aquel muy extenso.

El Sr. Dr. Zárraga tomó la palabra para decir que aun cuando no debía tomar parte en la discusión toda vez que no se ocupaba de la especialidad que cultivan los Sres. Ramos y Montaña, si quería hacer hincapié en la cuestión relativa á la desviación de las pestañas, que produce el lagrimeo por irritación constante sobre la conjuntiva y la córnea, cesando éste cuando las pestañas han sido vueltas á su posición normal.

A lo anterior contestó el Sr. Dr. Ramos, que el Dr. Zárraga tenía sobrada razón para mencionar el caso de desviación de las pestañas, y que siendo esto una cosa ligera en los casos accidentales, desgraciadamente no pasaba lo mismo cuando había destriquiiasis, esto es, cuando las pestañas están viciosamente implantadas y enroscadas, pues este caso, en el que la epilación es apenas un medio paliativo, debía entrar en la categoría de los casos de epífora.

F. Cosío.

ALGUNAS PALABRAS

SOBRE EL TRATAMIENTO

DE LAS AFECCIONES LACRIMALES

POR EL DR. EMILIO F. MONTAÑO.

En la última «Reunión Anual» de la Sociedad Oftalmológica Mexicana, me ocupé como Ponente de la etiología de las afecciones de las vías lacrimales, y demostré que al estado fisiológico el paso del líquido del lago al saco se hace por un mecanismo de sifón que la capilaridad se encarga de cebar y que por consecuencia no hay que buscar otra fuerza para explicar la circulación de las lágrimas.

Los canaliculos son tubos capilares que principian en los puntos y terminan en el saco, el que forma un brusco ensanchamiento de los pequeños conductos. Cuando los párpados están abiertos, éstos tienen una dirección que semeja una S alargada en plano casi vertical; pero cuando están cerrados el plano se hace horizontal, lo que facilita el funcionamiento del sifón. El saco regula con sus movimientos el escurrimiento de las lágrimas hacia la fosa á donde tiende la pesantez á llevarlas.

Ahora bien, para que las lágrimas escurran por los carrillos, es preciso, puesto que al estado fisiológico están equilibradas la secreción y la excreción, que aquella aumente ó ésta disminuya, pudiendo suceder una ú otra cosa ó las dos.

La exageración de la secreción, dejando aparte las emociones, puede ser permanente si las glándulas están hipertrofiadas, cosa muy frecuente, sobre todo en la palpebral. Esta es la primera causa de epífora.

La disminución de la excreción proviene de las desviaciones ó estrechamientos del conducto lácrimo-nasal que impiden ó dificultan el paso del líquido al saco ó á la fosa. Segunda causa de epífora.

Estas dos circunstancias anteriores pueden presentarse á la vez y naturalmente el efecto es más considerable. Tercera causa de epífora.

Además tenemos que considerar el resultado del estancamiento de las lágrimas en el saco: con gran facilidad se infectan, y en una ca-

vidad cerrada la virulencia de los gérmenes se exalta y se constituye la dacriocistitis aguda, que propagándose al tejido submucoso produce la peridacrio-cistitis, que á veces evoluciona con la primera ó reviste más seriedad que ella, ó se forma un absceso en botón de camisa. Si la obstrucción no es total ni los fenómenos agudos, la infección crónica del saco da por resultado la dacriorrea. Con el tiempo el saco se dilata, su mucosa se engruesa, el tejido celular se infiltra y se forma la mucocele.

De manera que al ocuparme aunque sea solamente del tratamiento de las afecciones lacrimales, dividiré el asunto en cuatro partes: 1° Tratamiento de la epífora por hipersecreción. 2° Tratamiento de la epífora por perturbación en la excreción. 3° Tratamiento del flemón del saco; y 4° Tratamiento de la dacriorrea.

I

La hipersecreción lacrimal es fisiológica en las emociones morales y patológica en los casos de hipertrofia glandular. Esta última, única que pide tratamiento, puede residir en la porción orbitaria ó en la palpebral de la glándula ó en ambas; pero de cualquiera de los tres modos bastará para el tratamiento extirpar la porción del párpado obteniéndose el efecto deseado; y es preferible á suprimir la orbitaria, por la mayor facilidad y ninguna gravedad de la operación; en efecto, invirtiendo forzosamente el párpado superior hacia su ángulo externo, aparece la glándula cubierta por la conjuntiva, una incisión lineal permitirá su extracción, completando la operación con algunos puntos de sutura. El resultado siempre es bueno puesto que se disminuye una buena parte de la cantidad total de líquido secretada, siendo la parte restante perdida por la excreción fisiológica y por la evaporación en la conjuntiva, quedando suprimido el lagrimeo.

Fácilmente puede comprenderse no sólo lo inútil, sino lo nocivo que será á un enfermo de éstos pasarle sondas y hacerle lavados en el saco que está sano, sin hablar de la estricturotomía, que entre los no especialistas se practica tan frecuentemente y que deja un defecto sin curar la afección.

II

En la epífora por obstáculo en la excreción debemos considerar el sistema de sifón capilar y el canal cisto-nasal.

(a) El primero dejará de funcionar fisiológicamente cuando los puntos lacrimales no bañen en el lago (desviaciones), cuando estén obstruidos, ó cuando hayan perdido su condición en el calibre por amplia sección y degeneración cicatricial. En todos estos casos falta el sifón, ó falta el mecanismo de ceba, ó faltan ambos, y las lágrimas no pueden seguir su camino habitual.

Esevidentequesondas y lavados al saco salen sobrando y que lo indicado es traer el aparato físico á las condiciones anatómicas de que se apartó para que funcione normalmente: esto es, operar el entro ó ectropión, si están desviados; abrirlos si están tapados, substituyendo una hendidura capilar al tubo, ó rehacerlos si están destruidos, hasta donde sea posible. En algún caso he podido avivar los bordes y suturarlos sobre una crin con resultado aceptable.

(b) Si el obstáculo á la excreción radica en el conducto nasal, es de naturaleza exclusivamente mecánica, es algo que estorba el franco vaciamiento del saco en la fosa, aunque estas causas son muy numerosas, pueden clasificarse en: congénitas, traumáticas neoplásicas y flemáticas, entre éstas puede colocarse la congestión refleja.

La imperforación del canal, su depresión ó compresión (nariz larga, nariz chata) que forman los obstáculos congénitos, muy difícilmente podrán tratarse; sin embargo, la perforación del ungüis ó el cateterismo prudente remediarán en parte estos defectos.

Los traumatismos y tumores, serán tratados conforme á las diversas circunstancias en que se presenten, pues sería imposible dar una regla de conducta.

Las congestiones continuadas de la mucosa pueden ser, ó causa de estenosis ó el principio de un inflamación, y como en la inmensa mayoría los casos son producidos por esfuerzos de acomodación ó de equilibración en los músculos, es necesario para quitarlas, corregir la ametropía ó la heteroforia evitando las molestias de la sonda.

Las lesiones inflamatorias que disminuyen el calibre del canal son nacidas en él mismo, ó propagadas por continuidad de la mucosa. Las lesiones sifilíticas y escrofulosas son raras como primitivas; pero las pústulas variólicas casi nunca lo respetan, dejando cicatrices que lo estrechan de tal manera, que la mayoría de los individuos que tienen huellas de viruela en la cara son lacrimales.

El tratamiento debe ser preventivo cuando sea tiempo, y consistir en lavados y tópicos llevados con la jeringa de Anel, durante la evolución de la enfermedad; pero una vez constituida la estenosis cicatricial, el curativo consistirá en la dilatación progresiva por medio de las sondas; sin abrir los canaliculos, pueden pasar las sondas de Bowman hasta el número 4, que basta; pero cuando la cicatriz es muy resistente la electrolisis estará indicada; algunos estrechamientos son enteramente infranqueables á pesar de todo y entonces no hay más recurso que perforar el ungüis. Las sondas demasiado gruesas no son más útiles que las medianas y convierten los canaliculos en canales, se pierde la capilaridad y con ella la ceja del sifón.

Las flegmasias propagadas á la mucosa del canal, toman su origen en la fosa nasal, pues casi nunca se propagan de la conjuntiva. Las rinitis de cualquier naturaleza que sean, frecuentemente participan á la mucosa del canal que se infecta y tapa. De manera que el tratamiento de la afección nasal y la curación tópica de éste forman la primera indicación.

III

Si la epífora producida por hipersecreción ó por desviación de los puntos es más, una molestia que una enfermedad, cuyos inconvenientes se reducen al uso constante del pañuelo y á la irritación del párpado y carrillo; no es lo mismo cuando es originada por obstáculo en el canal nasal, he indicado antes el modo con que se constituye la inflamación aguda ó crónica, que es enfermedad y á veces peligrosa.

Cuando el absceso comienza á formarse, el calor húmedo y las unciones de pomada doble con ictiol suelen resolverlo; pero si á pesar del tratamiento se desarrolla, debe darse salida al pus lo más pronto posible desbridando la parte

anterior del saco, operación sencilla que deja una cicatriz casi invisible, que permite canalizar y curar más fácilmente, y por último, si de la fístula se cierra cuando desaparece la obstrucción total del canal. En el período agudo no debe ponerse sonda, pues se traumatizaría la mucosa y no se conseguiría el resultado, porque el pus espeso refluye con dificultad por el canaliculo, y la incisión de éste tendría que llegar hasta el saco para ser eficaz y por consecuencia destruir las condiciones de capilaridad, exponiendo al enfermo á la epífora para siempre, sin contar con que el pus del tejido celular pericístico no podrá salir por ese camino.

IV

El tratamiento de la dacriorrea es desesperante para médico y enfermo por su tenacidad; sin embargo, procurando encontrar el origen de la infección, no es común que resista. Las fosas nasales deben atraer en primer lugar la atención, quitando los obstáculos que se encuentren, curando las ulceraciones y desinfectando la mucosa, sin olvidar el estado general; en seguida ocuparse de la permeabilidad del canal dilatando los estrechamientos, y por último, modificando la mucosa del saco, lavándola ampliamente y poniendo luego una solución concentrada de protargol, que me ha dado siempre buenos resultados. Queda aún la abertura del saco y el raspado de su mucosa, operación que debe hacerse por la parte anterior y no por los canaliculos, por las razones antes expuestas. La extirpación de él quedará reservada para el caso en que el canal no pueda ser franqueado ni la blenorrea contenida. Esta pequeña operación deja una epífora para siempre.

En resumen: para tratar una afección de las vías lacrimales, hay que explorar la refracción, el equilibrio muscular, las fosas nasales con el estado general, la permeabilidad del canal cisto-nasal, la de los puntos y canaliculos; además el desarrollo de la porción palpebral de la glándula, una vez hallado el punto de partida, con facilidad se atacará librando al paciente de molestias y peligros.

México, octubre 4 de 1905.

DR. EMILIO F. MONTAÑO.