720

Año 1909 Núm. 1979

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ALGUNAS CONSIDERACIONES
Sobre las enfermedades de las vías lagrimales
SU ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO IVANISSEVICH

Ex-ayudante, por concurso, del laboratorio de Física Médica

Ex-practicante, por concurso, del Hospital de Niños — Ex-practicante mayor de la Asistencia Pública

720

BUENOS AIRES
"LAS CIENCIAS" Librería de Nicolás Marana
646 — AVENIDA DE MAYO — 646
1909

Algunas consideraciones sobre las enfermedades de las vías lagrimales

Su etiología y tratamiento

Año 1909 **Núm. 1979**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ALGUNAS CONSIDERACIONES
Sobre las enfermedades de las vías lagrimales
SU ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO IVANISSEVICH

Ex-ayudante, por concurso, del laboratorio de Física Médica

Ex-practicante, por concurso, del Hospital de Niños — Ex-practicante mayor de la Asistencia Pública

BUENOS AIRES
"LAS CIENCIAS" Librería de Nicolás Marana
646 — AVENIDA DE MAYO — 646
1909

—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento General).

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Eufemio Uballes

Vicepresidente

Dr. D. Pedro N. Arata

Académicos

1. Dr. D. José T. Baca
2. » » Rafael Herrera Vegas
3. » » Jacob de Tezanos Pinto
4. » » Eufemio Uballes
5. » » Pedro N. Arata
6. » » Roberto Wernicke
7. » » Pedro Lagleyze
8. » » José Penna
9. » » Luis Güemes
10. » » Eliseo Cantón
11. » » Enrique Bazterrica
12. » » Antonio C. Gandolfo
13. » » José M. Ramos Mejía

Secretario Académico

Dr. D. Jacob de Tezanos Pinto

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. Antonio C. Gandolfo.

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón.
» » Luis Güemes.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio C. Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Baldomero Sommer.
» » G. Aráoz Alfaro.
» » José R. Semprún.
» » Abel Ayerza.
» » Eufemio Uballes.
» » Francisco Sicardi.
» » Telémaco Susini.
» » Nicasio Etchepareborda.
» » Eduardo Obejero.

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).
Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSE ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSE PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSE M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUAN R. FERNANDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSE GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSE BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE » JOSE F. MOLINARI
línica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL » AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermat.ª Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSE A. ESTEVES » JOSE R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE » ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON » RICARDO S. GOMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE DEMARIA
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSE ARCE
Clínica Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE » DAVID SPERONI
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ARTURO ENRIQUEZ » ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA » GENARO SISTO
Clínica Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSE T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas.....	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
	» UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	» J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	» N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

DOCTOR HORACIO GONZALEZ DEL SOLAR

Médico Director del Servicio de Ojos del Hospital de Niños

A MI PADRE

A MI MADRE

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Presento á vuestra consideración este trabajo sobre las afecciones de las vías lagrimales.

Será quizás una osadía, para un recién iniciado en la abrupta senda de la medicina, el comenzar su trayecto en pos de propias iniciativas y ha de valerme seguramente algunas réplicas, el hacer afirmaciones sobre tan discutido tópico.

Más si llegárase á demostrar que ellas reposan sobre falsa base, respétese la intención, porque en la vida, no es menester triunfar, sino que basta haber luchado.

Y al repetir las frases habituales de agradecimiento, no lo hago por seguir con la práctica establecida, sino por el leal sentir del reconocido, hacia aquellos que haciendo del profesorado un sacerdocio, nos iniciaron en los difíciles fundamentos de la ciencia médica.

Mis más delicados sentimientos de gratitud para los sabios profesores doctores Luis Güemes, Enri-

que Demaría, Eduardo Obejero, Juan B. Señorans y Gregorio Aráoz Alfaro.

Para mis maestros del Hospital de Niños, doctores Máximo Castro, Marcelo Viñas, Fernando Péréz, Ramón Cucullu y Julio Fernández.

El doctor Horacio González del Solar, á quien tanto debo, como maestro y como amigo, me honra acompañándome en este acto.

I

El rol importante que desempeña el aparato lagrimal, encargado de lubrificar la superficie del ojo, llamó ya la atención de los primeros observadores, quienes al ocuparse de esta cuestión, la interpretaron de acuerdo con el estado de los conocimientos en aquélla época.

Fué de la observación y del análisis, que surgieron los primeros datos respecto de la anatomía y fisiología lagrimal y es necesario llegar hasta principios del siglo pasado, para encontrar los estudios completos basados en la experimentación.

Los progresos de la biología, nos colocan actualmente en condiciones de interpretar como es debido la anatomía y fisiología de las vías lagrimales, así como los recientes estudios sobre la bacteriología ocular y los trabajos que demuestran la íntima relación existente entre las infecciones nasales y oculares, han abierto nuevos horizontes á la curación de sus enfermedades, permitiéndonos esperar de un futuro muy próximo, tratamientos cuya efica

cia satisfaga y que hasta hoy, preciso es confesarlo, no ha sido posible encontrar.

En las páginas que siguen, nos ocuparemos ligeramente de la anatomía y fisiología de las vías lagrimales, para tratar con mayor extensión, su etiología y tratamiento.

II

Con Andrés Vesale y Fallope, puede decirse que recién empieza el estudio de la vías lagrimales. Mucho antes, ya Galeno habíase apercibido de la existencia de los puntos lagrimales, pero sin darse cuenta de su verdadero rol, los consideró como orificios destinados á vertir algún líquido en la conjuntiva.

Lagrange y Valud, en su «Enciclopedia Francesa de oftalmología», mencionan la opinión de Bienvenido de Jerusalén, quien decía que las lágrimas salen del párpado superior y del inferior; *las que salen del párpado inferior vienen del corazón y cuando se siente un gran dolor; las que salen del párpado superior, vienen del cerebro y á causa de alguna corrupción ó abundancia de los humores.*

En la edad media, el estado de los conocimientos no había adelantado y Juan de Vigo y G. de Galizet, conservaban las creencias de Galeno.

Abocausis, cuya fama ha llegado hasta nosotros, no consiguió hacer progresar sensiblemente la anatomía y fisiología lagrimal, cosa que tampoco alcanzaron sus discípulos.

Hay que llegar pues, hasta la época de Vesale y Fallope, para encontrar un estudio de las vías lagrimales consideradas bajo el punto de vista de su verdadero rol.

No mencionaré los trabajos sucesivos que han ido complementando los conocimientos, hasta el punto en que hoy se encuentran, limitándome á citar á Anel, Maitre Jean, J. L. Petit, Paul Dubois, Duvernoy, Horner, Richet, etc., quienes han realizado importantes investigaciones.

Actualmente, la anatomía del aparato lagrimal está perfectamente estudiada; consta de un sistema secretor: las glándulas lagrimales y un conjunto de canales destinados á transportarlas: las vías lagrimales.

La glándula lagrimal, situada en la parte superior y anteroexterna de la órbita, está separada en dos porciones por el músculo elevador del párpado superior; la porción orbitaria y la porción palpebral.

La porción orbitaria, responde por su parte supero externa al periostio de la bóveda ocular; por su cara inferior é interna, al elevador del párpado superior, á la expansión lateral de este músculo y al recto externo; el borde posterior responde al tegido célulo grasoso de la órbita y da entrada á la arteria y al nervio lagrimal, mientras que el anterior, se dirige paralelamente á la arcada orbitaria

y se pone en contacto con el ligamento ancho de los párpados.

La porción palpebral, llamada también glándula accesoria de Rosenmuller, está constituída por un conjunto de pequeños lóbulos, cuyo número varía de 15 á 40, según Sappey. Está en relación por arriba con el tendón del elevador y su expansión fibrosa; por abajo con el tejido célulo adiposo orbitario; su borde anterior, reposa en el fondo de saco conjuntival y su borde posterior contornea la expansión fibrosa que la separa de la porción orbitaria, para confundirse en parte con esta porción.

La glándula lagrimal, vierte el producto de su secreción en la parte superior y externa del fondo de saco conjuntival, por 6 á 10 canalículos de 3 á 4 décimos de milímetro de diámetro.

Las lágrimas después de lubrificar la superficie ocular, se reunen para continuar por las vías lagrimales, hasta el meato inferior.

Los puntos lagrimales están situados en la cima de los tubérculos lagrimales; generalmente son dos; muy raros son los casos en que se ha observado la existencia de 3 ó 4, así como también su ausencia.

Provistos, según Richet, de un anillo cartilaginoso y según Paul Dubois, de un pequeño músculo, (fibras del músculo de Horner), los puntos lagrimales no se corresponden, sinó que el superior, está un poco más hacia adentro que el inferior.

Comunican con el saco lagrimal, por medio de dos pequeños conductos, que verticales primeramente se incurvan después de un trayecto de dos milímetros, y toman una dirección horizontal, larga de 5 á 7 milímetros, para unirse antes de llegar al saco y desembocar en él por un orificio común. Suele observarse, aunque muy raramente, que en vez de unirse desembocan en el saco por separado.

El saco lagrimal, situado entre el tendón directo y el tendón reflejo del orbicular, descansa en la gotera lagrimal formada por el unguis y la apófisis montante del maxilar superior.

El tendón directo del orbicular, al limitarlo por delante, lo divide en dos partes muy desiguales: la superior más pequeña y formada únicamente por un delgado fondo de saco y la inferior mucho más grande, donde se echan los conductos lagrimales y en cuya base, se abre el canal nasal.

Este canal, formado á expensas del unguis y de la apófisis montante del maxilar inferior, se abre por abajo en el meato inferior, en la unión de su cuarto anterior con sus tres cuartos posteriores.

De dirección casi vertical, presenta dos pequeñas incurvaciones; una en el sentido transversal, casi despreciable, y otra en el antero posterior, que forma con la vertical, un ángulo variable entre 15° y 25° y sujeta á diferencias individuales de importancia.

La situación y forma del orificio inferior del

canal nasal, está sujeta también á variaciones personales; se admite generalmente, que se encuentra en el meato inferior, en la unión de su cuarto anterior con los tres cuartos posteriores, más esto, está muy lejos de ser una regla, y es muy común encontrarlo, sea casi al nivel del piso de las fosas nasales, sea en la extremidad anterior del meato, sea casi al nivel de la inserción del cornete.

Hasta el sexto mes de la vida intrauterina, el canal nasal presenta tabicamientos membranosos en su trayecto ó en su orificio inferior, que en algunos casos persisten hasta después del nacimiento.

La forma de la abertura inferior, es circular algunas veces, oval otras, doble en ciertas ocasiones, ya provista de una válvula, ya sin ella, en casos, con un rodete mucoso; otras veces, las menos por cierto, falta por completo.

Todas estas variaciones tienen importancia para explicar la etiología y con arreglo á ella, el tratamiento de las afecciones lagrimales, según el concepto que de ellas nos hemos formado.

III

J. L. Petit, explicaba la progresión de las lágrimas por un mecanismo idéntico al de un sifón; pero el hecho frecuentemente observado, de que la obstrucción del canal nasal no impide que las lágrimas lleguen al saco, así como el de que una fístula de las vías lagrimales, tampoco es un obstáculo á su libre curso, vino á demostrar lo inexacto de dicha teoría.

Deutschensko y Richet, en su tratado de anatomía quirúrgica, invocan la acción aspirante del orbicular. Weber invalidó esta interpretación, introduciendo un manómetro muy sensible en las vías lagrimales y electrizando alternativamente la porción superior é inferior del orbicular, no constatando variación alguna en la presión manométrica.

Giraud Tentón, públicó en los «Anales de Oculística», un trabajo, asignando un rol preponderante á los párpados, por medio de un movimiento en espiral que ejecutan.

Los párpados tienen en efecto un rol importante, pero, hoy se admite que la misión del orbicular es

únicamente la de aplicar los puntos lagrimales contra el lago lagrimal, siendo la capilaridad, la que determina la progresión de las lágrimas, á través de los canales lagrimales. Así se explica porque hay epífora en la parálisis del orbicular.

La progresión á través del canal nasal, es debida á la evaporación y aspiración, por la corriente de aire que se produce en la nariz á cada movimiento respiratorio.

Rava demostró esto, taponando mecánicamente el orificio posterior de las fosas nasales y constatando que las lágrimas cesaban de recorrer el canal nasal.

Para ello introdujo en el saco lagrimal, que tenía un trayecto fistuloso, un poco de tintura de tornasol, y en el fondo de saco conjuntival, un colirio al ácido cítrico.

El tornasol no llegaba á la nariz, sino después que se destapó el orificio posterior de las fosas nasales.

A pesar de esta experiencia tan concluyente, hoy se acepta que la progresión de las lágrimas en las vías lagrimales, es la resultante de la acción combinada, de la pesantez, la capilaridad, las contracciones del orbicular y la corriente de aire respiratorio.

IV

La patología lagrimal, sin ser muy numerosa, presenta sin embargo, un cierto número de afecciones de observación muy frecuente en la práctica diaria.

El punto lagrimal puede faltar ó permanecer imperforado (casos muy raros); otras veces, siendo permeable, está desviado, sea por eversión congénita, sea por ectropión ú herida (casos más frecuentes).

Los canalículos lagrimales, cuya ausencia es rarísima, pueden ser asiento de estenosis, ya congénitas, ya engendradas por una cicatriz.

En el saco lagrimal, pueden observarse, toda clase de infecciones, cuya modalidad depende de la clase de microbios que contribuye á ella; del estreptococo al bacilo de Kock y del estafilococo al Löffer, la escala es numerosa.

Y he dicho contribuye y no determina premeditadamente, pues como veremos más adelante, la presencia de dichos gérmenes no basta en la gran mayoría de los casos, sino que es necesaria una impermeabilidad previa del canal nasal.

Es este último el lugar de predilección de las estrecheces lagrimales; Lagleyze en una estadística del Hospital de Clínicas, sobre 28 estrecheces lagrimales, ha observado que estaban situadas: 21 en el canal nasal, 6 en el canalículo lagrimal inferior y 1 en el canalículo lagrimal superior.

He aquí enumeradas en tan corto espacio la mayoría, por no decir todas, las afecciones de que pueden ser asiento las vías lagrimales, si ha resultado fácil tarea el hacerlo, no pasa lo mismo si pretendemos llegar hasta las causas que las originan. Desde Galeno, hasta nuestros días, se ha discutido y ha escrito lo suficiente para llenar varios volúmenes, sin poder llegar á una conclusión definitiva.

Los antiguos, ignorando la existencia de las vías de excreción, atribuían á una inflamación de origen óseo el tumor lagrimal.

Posteriormente Scarpa, observando la frecuente coincidencia de la blefaroconjuntivitis y del tumor lagrimal, pensó que la penetración del pus conjuntival en el saco, traía por consecuencia su inflamación; pero los oftalmólogos, notaron que muy raras veces, la blefaroconjuntivitis precede, sino que casi siempre sucede á las infecciones lagrimales y estudiando este hecho de observación diaria, apareció la duda y quedó sentado que la presencia de dichas afecciones, no era la causa común del tumor lagrimal.

M. Abadie, aprovechando la observación de Cus-

co, de que muchas personas afectadas de lesiones lagrimales padecían al mismo tiempo de carie dentaria, admitió la posibilidad de propagación de la osteoperiostitis dentaria, hasta el canal nasal. Creemos más razonable la opinión de Panas, de que dichas afecciones en vez de originarse mutuamente, tienen un sólo y único origen: la escrófula.

Galezowski, basándose en análisis del líquido lagrimal, creó una teoría química, acusando á una alcalinidad exagerada de las lágrimas, la causa de las inflamaciones de las vías lagrimales.

Estudios posteriores han hecho correr á esta teoría la misma suerte que las anteriores.

Bodal atribuía á los vicios de refracción y presenta una estadística de 165 dacriocistitis, de las cuales 87 estaban acompañadas de visión defectuosa.

El hecho clínico es cierto, más no así su interpretación y al decir de Ceraso, si Bodal hubiera inspeccionado las fosas nasales de los 87 enfermos en que los vicios de refracción coincidían con las dacriocistitis, hubiera encontrado en ellas el origen común de ambas afecciones.

A Ziem en 1882, se debe la primera observación debidamente fundada, sobre la relación entre las afecciones oculares y las de la cavidad nasal. Publicó después hechos interesantísimos, pretendiendo haber curado iritis, irido-ciclitis, estrechamientos del campo visual, etc. tratando las afecciones nasales

concomitantes y explicó su teoría por medio de la estrecha vinculación que existe entre la circulación ocular y la de las fosas nasales.

Kirmisson en su tratado de Patología Externa, volviendo en parte á las teorías de Scarpa, dice: «la propagación de la inflamación de la conjuntiva »á las vías lagrimales explica la producción de las »lesiones, sobre todo en las conjuntivitis purulen- »tas ó catarrales y en las que suceden á las fiebres »eruptivas, particularmente en el sarampión».

Admite también la influencia de las afecciones nasales por una propagación de la infección por vía ascendente y agrega: «las cosas pasan como en la »trompa de Eustaquio y las afecciones de la faringe».

Bach, para comprobar este hecho de la infección ascendente microbiana, introdujo en las fosas nasales de un sujeto un tapón de algodón impregnado con un cultivo de un microbio inofensivo, el Kieller- Wasser-bacillus y á pesar de dejarlo en permanencia varias horas, no consiguió descubrirlo en el líquido del fondo de saco conjuntival.

Como para desmentir esta experiencia está la observación de Armaignac, quien en una enferma atacada de coriza purulento, vió producirse una conjuntivitis purulenta y más tarde una úlcera á hipopión en el ojo derecho, infección que, según él, prodújose por el canal nasal, pero que muy bien podría

objetársele se hubiera trasmitido sea por el pañuelo, sea por las manos.

Más concluyente es, quizas, la observación de Furst, que en un recién nacido, ocho días después de la curación de una conjuntivitis blenorrágica, vió producirse una rinitis y más tarde sinusitis purulenta de la misma naturaleza, á la que sucedió un abceso del ángulo interno del ojo, en cuyo pus pudo también encontrar el gonococo de Neisser.

Esta cuestión del pasaje microbiano de la conjuntiva á la pituitaria y recíprocamente está influenciada por un gran número de factores y necesita aún de una experimentación metódica y bien dirigida, para poder llegar á conclusiones de valor científico.

Trousseau la admitía y dice haber observado casos en que los gérmenes atravesaron las vías lagrimales, produciendo lesiones antes de su entrada en la conjuntiva y después de su salida, en las fosas nasales, dejando sin embargo indemnes las vías que les dieron pasaje.

El diplococo de Fraenkel ha sido encontrado á la vez en el fondo de saco conjuntival y en el mucus nasal. Lo mismo ha sucedido con los estreptococos y estafilococos.

El poder bactericida del mucus nasal explicaría el por qué este pasaje descendente puede hacerse sin que sufran las fosas nasales, así como las experiencias de Valude, demostrando que el líqui-

do lagrimal es un malísimo medio de cultivo, daría razón del poco peligro de la infección ascendente.

Axenfield, en su tratado sobre bacteriología ocular, cita 30 casos de tumores lagrimales observados por Brons, y en los cuales el análisis del pus dió los siguientes resultados.

- 30 tumores lagrimales.
  - 16 neumococos.
    - 8 veces puros.
    - 5 con estafilococos.
    - 1 con bacilo fluorescente liqueficante
    - 1 con estreptococos.
    - 1 con bacterio coli.
  - 7 estafilococos
    - 6 veces puro.
    - 1 vez con diplobacilos.
  - 5 bacilos positivos de Gram.
  - 1 Pfeiffer.
  - 1 Friendlander.

Muchas veces también había el bacilo de la xerosis.

Como se ve, son los mismos gérmenes encontrados en toda clase de afecciones oculares no acompañadas de manifestaciones lagrimales y la única deducción posible es la no especificidad microbiana del tumor lagrimal; el rol de los gérmenes es el de contribuir, no el de determinar.

Ahora, en cuanto á la verdadera patogenia de las afecciones lagrimales, sostendremos con Fuchs la teoría que llamaremos de la cavidad cerrada.

Pasa, para nosotros, en el canal nasal, lo mismo que en la vesícula biliar y en el apéndice. Que un

tapón de cualquier clase que sea, venga á obstruir la luz de este último y veremos los microbios saprofitos huéspedes normales en él exaltar su virulencia, producir una flegmasia y la apendicitis declararse.

¿Por qué no admitir el mismo mecanismo en la producción de las dacriocistitis?

Mientras el canal nasal permanezca permeable, podrán ó no atravesarlo toda clase de gérmenes, aun los más virulentos, que el tumor lagrimal no se producirá. Quien no ha visto afecciones oculares á flora microbiana riquísima, conjuntivitis purulentas, blenorrágicas, diftéricas, etc., llegar á reproducir su lesión hasta la nariz, pero dejar indemnes las vías lagrimales.

En cambio, que una estrechez, cualquiera que sea su origen, venga á convertir en cavidad cerrada lo que antes era fácil vía de comunicación, y se producirá una estagnación del líquido lagrimal, un medio de cultivo más apto, los gérmenes inofensivos hasta entonces, exaltarán su virulencia y tendremos la dacriocistitis; hecho que nos comprueba la clínica al observar en los antecedentes de la mayoría de las afecciones lagrimales, ya un estado normal de la conjuntiva, ya una afección verdaderamente banal.

Insistiré sobre este hecho, de que las afecciones lagrimales tienen origen en una estenosis del conducto, porque fuera de dos ó tres autores, la ma-

yoría no lo considera así, sino que pasan por alto esta cuestión tan primordial para nosotros. Berger y Ceraso, cuyos trabajos sobre la influencia de las afecciones nasales en las enfermedades oculares son tan completos, presentan un claro á este respecto y apenas si mencionan esta patogenia que creemos debería ocupar un lugar preferente.

Es cierto que el neumococo que produce la úlcera serpiginosa de la córnea, es también el gran productor de la pericistitis, debido á su mayor poder y facilidad para atravesar las paredes del saco, mientras que los estreptococos y estafilococos dan generalmente dacriocistitis, pero son infinitos los casos en que, á pesar de la presencia de dichos gérmenes, las lesiones lagrimales no se producen, debido, y esto es un concepto genérico en medicina, á que la existencia de los microbios no basta, sino que es necesario también un irregular funcionamiento del organismo, que en este caso particular consiste en una impermeabilidad del canal nasal.

Del gran número de conjuntivitis purulentas que se observan en los recién nacidos, apenas si un 10 por ciento se complica de dacriocistitis; ¿cómo explicarían este hecho los que sostienen la teoría microbiana? Para nosotros la explicación es lógica y muy fácil: el canal nasal presenta tabicamientos hasta el 6º mes de la vida intrauterina, tabicamientos que en unos pocos persisten después del nacimiento.

Estos pocos son los que presentan su blenorrea ocular complicada con dacriocistitis.

Más tarde, en el niño y en el adulto son las afecciones nasales las que dan origen á la impermeabilidad del canal nasal.

Dada la íntima relación anatómica entre el cornete inferior y el orificio inferior del canal nasal, es fácil comprender cómo la hipertrofia del primero produzca la estenosis ó la obliteración del segundo. Las observaciones clínicas á este respecto son numerosas y concluyentes; todos los oftalmólogos han observado la coexistencia del tumor lagrimal y de la rinitis hipertrófica y, lo que es más aún, la desaparición del primero, por medio de un tratamiento adecuado de la rinitis. Podría citar, además de las personales, las observaciones de Panas, Ziem, Peter, Berger, etc.

La rinitis atrófica fétida (ozena) puede también, aunque mucho menos frecuentemente, dar origen por las costras y retracciones que produce, á impermeabilidades del canal nasal. Lo mismo pueden actuar la tuberculosis y la sífilis, por medio de sus ulceraciones, cicatrices ó exóstosis.

Los pólipos fibrosos tienen una acción mecánica muy fácil de comprender y su extirpación da rápida cuenta de los fenómenos lagrimales que los acompañan.

La constitución anatómica del tejido cavernoso

submucoso de la pituitaria, explica también por qué basta un simple coriza para obstruir la luz del canal nasal.

Observemos un sujeto resfriado y veremos que lagrimea; la congestión de su mucosa nasal impide el libre curso á las lágrimas,

Se nos objetará que hay casos en que el más prolijo examen de las fosas nasales, no puede descubrir causa ninguna capaz de provocar la impermeabilidad del canal nasal, así como el cateterismo no da á la mano sensación de estrechez, sino que muestra una completa permeabilidad de su trayecto.

Pero no es necesario que la estenosis sea permanente, puede haber sido una congestión disipada en el momento del examen ó que escape á nuestros medios de observación, como también puede tratarse de un tapón mucoso incapaz de sentirse al pasaje de la sonda, pero sí de producir la obliteración de la luz, tan pequeña por sí, del canal nasal.

Pero, se nos dirá, si es la simple obstrucción el origen de todas las afecciones lagrimales, sóndese á los enfermos y este sondaje haciendo desaparecer el obstáculo, curará su afección.

Esto es cierto solamente para aquellos casos en que la estenosis es pasajera, pero aquéllos que dependen de una afección crónica nasal, tan sólo mejoran con el cateterismo y mientras dure éste, pero en cuanto se suprime, la dacriocistitis vuelve con la

misma violencia que antes y es necesaria la curación de la lesión nasal, productora de la estrechez, para dar cuenta completa de la afección lagrimal.

No negaremos, sin embargo, en absoluto, que existan afecciones lagrimales de origen puramente microbiano, pero son las menos y esperamos que en una época muy próxima, se clasificarán varias clases de dacriocistitis, hasta llegar á no dar á este término sin un valor genérico, tal cual es el de *conjuntivitis*.

V

Del capítulo anterior pueden deducirse los distintos tratamientos que obedecen á los diversos conceptos etiológicos que se tenían del tumor lagrimal y que han ido evolucionando á la par de éstos.

Es curioso notar que á pesar de la falsa idea que tenían en la antigüedad sobre las afecciones lagrimales, no por eso dejaban de oponerle un tratamiento adecuado. Cauterizaban ampliamente con el objeto de destruir el foco supurativo, llegando hasta perforar el unguis y abriendo así una nueva vía á las lágrimas.

En la edad media, Juan de Vigo y G. de Galizet usaban los mismos procedimientos; hay que llegar hasta fines de siglo XVII y principios del XVIII, en que el descubrimiento de las vías lagrimales trajo adelantos en el tratamiento.

Woldhouse sacaba por completo el saco lagrimal, perforaba el unguis y dejaba en la nueva vía una cánula de oro, plata ó plomo, provista de un reborde que impedía su caída á las fosas nasales. A los tres ó cuatro días cambiaba ésta por otra sin re-

borde, cerraba la herida cutánea y esperaba la natural eliminación de la cánula por las vías nasales.

Anel fué el inventor del cateterismo lagrimal, que practicaba por el orificio lagrimal superior; ideó también la práctica de las inyecciones modificadoras, que ejecutaba por medio de la jeringa que lleva su nombre.

Bowman modificó el procedimiento de Anel, sondando por el orificio lagrimal inferior con las sondas que llevan su nombre y hasta hoy universalmente adoptadas. Son de plata, de espesor gradualmente aumentado y numeradas del 1 al 6; para introducirlas hay que incindir primeramente el orificio lagrimal, incisión que se hace por medio de un pequeño bisturí botonado, llamado cuchillo de Weber.

Se introduce éste perpendicularmente al orificio lagrimal inferior y se insinúa horizontalmente hasta llegar á la pared interna del saco, teniendo siempre el filo dirigido hacia arriba; una vez llegado á la pared interna del saco, se levanta el mango del instrumento, haciéndolo describir un cuarto de círculo, hasta colocarlo perpendicularmente á su dirección primitiva, durante este tiempo la otra mano del operador tira ligeramente el párpado hacia abajo y hacia afuera, de modo á tender la pared del conducto y tratar de producir una sección regular.

Hecho esto, se procede á la introdución de la sonda de Bowman, principiando por la más delgada.

Lo mismo que con el bisturí se introduce primeramente paralela al conducto; llegada al saco, lo que se sabe, pues se siente el choque con la pared nasal, se le hace describir un cuarto de círculo y dirigiéndola hacia abajo, adelante y un poco hacia afuera, se introduce en el canal nasal.

Bowman hacía el sondaje gradual, aumentando cada dos días un número y dejándolo en permanencia un cuarto de hora.

Gerdy y Malgaigne idearon la incisión de las estrecheces, método que abandonado bien pronto, fué preconizado de nuevo por Stilling, quien, por medio de un cuchillo por él ideado y que introducía en el canal nasal, seccionaba las estrecheces; este tratamiento recibió el nombre de stricturotomía.

La escuela que sostenía el origen inflamatorio del tumor lagrimal, buscó un tratamiento, con arreglo á sus teorías, é hizo inyecciones antisépticas y cauterizaciones con toda clase de líquidos: soluciones de sulfato de cobre, sulfato de zinc, nitrato de plata, tintura de iodo, etc.

No siendo esto suficiente á curar la mayoría de las dacriocistitis, se combinó el curetaje con las inyecciones; Tartuferi, en 1883, después de haber incindido el canículo lagrimal superior y practicada la sección subcutánea del ligamento palpebral interno, introducía en el saco una pequeña cureta, análoga

á la de Daviel, á bordes cortantes y terminada por una oliva.

La hemorragia que resulta del curetaje es abundante y para detenerla hacía uso de inyecciones compresivas de sublimado. Los días siguientes practica el sondaje de los enfermos y, según dice, en 10 días obtenía curaciones completas.

Con ligeras variaciones al precedente, es el procedimiento usado por de Wecker; en vez de incindir el ligamento palpebral interno, practicaba de adentro hacia afuera una abertura de uno á uno y medio centímetro, por donde introducía un cuchillo de igual forma que el usado en la estirpación del chalazión, pero de dobles dimensiones; terminaba la operación con un lavaje al sublimado y sutura de la herida.

Este mismo autor preconizó un tratamiento por medio de unas sondas huecas de su invención y con las cuales practicaba el lavaje del canal nasal. El profesor Lagleyze puso en práctica este procedimiento, observando que con él sólo se lavaban las fosas nasales.

Añadió entonces á la sonda de de Wecker aberturas laterales, mas constatando que el líquido salía únicamente por el orificio inferior, construyó otra cánula, suprimiendo dicho orificio. Tampoco así se consiguió practicar el lavaje del canal nasal, pues el líquido no circulaba debido á la constricción que las paredes del canal ejercían sobre las de la cánula.

Guaita, que en 1887 usaba aún la cauterización ígnea, publicó en 1891 un método más rápido según él, y en que combinaba el curetaje con la introducción en el canal nasal, previamente estricturomizado, de una cánula de hueso decalcificado y que obtenía de la pata de la rana.

El volumen de dicha cánula no debe ser mayor de 2 á 3 milímetros, y una vez en su sitio, suturaba el saco con 1 ó 2 puntos.

Si sobrevinieran fenómenos flegmonosos, abre la herida, lava al sublimado y desobstruye la cánula. Como no pudo seguir á sus enfermos más de cinco meses, no puede asegurar que la curación haya sido definitiva.

En los «Anales de Oculística», de noviembre y diciembre de 1907, apareció un trabajo transcripto del «Wiestnick Ofhtalmologuii», y en el cual A. V. Lotine presenta una estadística de 70 casos de tumores lagrimales tratados por la electrolisis (procedimiento de Lagrange).

La técnica es muy sencilla: el polo positivo se coloca en la nuca ó en la espalda del paciente y el negativo se pone en comunicación con una sonda que se introduce en el canal nasal.

Como ventajas, enumera las siguientes:

1º Curación más rápida de las estrecheces y dacriocistitis.

2º Que la dilatación electrolítica es mucho más duradera que la obtenida por medios mecánicos.

3º Curación de casos rebeldes á todo otro tratamiento.

4º Desaparición de la supuración, á veces, en una sola sesión.

5º Que en las fístulas lagrimales, la electrolisis del canal nasal consigue su permeabilidad y ejerce una acción bactericida poderosa.

6º Que la electrolisis negativa durante 5 ó 6 minutos con 4 ó 5 miliamperes, es inofensiva, siempre que se aumente ó disminuya gradualmente la intensidad de la corriente.

Este procedimiento fué experimentado en el servicio del doctor Lagleyze en el Hospital de Clínicas, sin poder obtener los resultados que sostiene el autor, consiguiéndose tan sólo una leve mejoría que cesaba á los 3 ó 4 días.

He dejado exprofeso para el último el tratamiento por la estirpación del saco lagrimal, por ser actualmente quizás el único que se practica y cuyos resultados, si bien no son del todo satisfactorios, merecen tenerse muy en cuenta.

Ideado por Platner en 1724, según unos, y por Woldhouse, según otros, fué muy pronto olvidado; Berlin volvió á preconizarlo y después de sinnúmero de alternativas en favor y en contra, hoy es consi-

derado por la mayoría de los oculistas como el único recurso contra las dacriocistitis rebeldes.

La técnica operatoria es la siguiente: incisión de la piel del ángulo interno del ojo en una extensión de 1.5 á 2 centímetros y á partir de un poco más arriba de la mitad del ligamento palpebral interno, sección de este ligamento é incurvación de la incisión, con el objeto de evitar la hemorragia que da la sección de la arteria y vena angulares.

Disección minuciosa del saco y separación, por medio de la cureta, de su pared interna adherida á la gotera lagrimal. Hemostasia y sutura intradérmica de la herida cutánea para evitar la cicatriz visible. La anestesia previa se hace por medio de una inyección de 1 cent. cúbico de cocaina al 1 por ciento.

A la técnica anterior es conveniente añadir un amplio curataje de toda la región y del canal nasal, curetaje que practicado en el Hospital de Clínicas ha dado solamente 2 recidivas sobre 28 extirpaciones.

Como indicaciones de esta intervención están las dacriocistitis rebeldes al sondaje ó en aquellos casos en que la condición pecuniaria de los enfermos les impide someterse á un tratamiento largo cual es el de la dilatación mecánica.

Todos los procedimientos hasta aquí enumerados, cuentan en su haber éxitos, así como también

muchos fracasos, á tal punto que no puede afirmarse de un modo categórico cuál de ellos ha llegado á resolver el problema de la curación de las dacriocistitis.

La causa de esta irregularidad en los resultados está, según nuestra opinión, en que hasta hoy se ha considerado á la dacriocistitis como una entidad única y uniforme, cuando en realidad está lejos de serlo así. Entre una dacriocistitis y otra hay quizás la misma diferencia que entre una conjuntivitis y otra conjuntivitis.

Es, pues, condición esencial para un buen éxito, supeditar el tratamiento á la etiología, y en presencia de un enfermo de las vías lagrimales, no contentarse con hacer el diagnóstico de dacriocistitis, que salta generalmente á la vista, sino buscar en lo posible el diagnóstico etiológico de su afección y con arreglo á éste dirigir el tratamiento.

El rol patogénico que desempeñan las enfermedades de la nariz en la génesis de las afecciones lagrimales está hoy plenamente comprobado, de donde el precepto de revisar las fosas nasales metódicamente y hacer un tratamiento previo de su afección en todo enfermo del aparato lagrimal.

Las dacriocistitis llamadas congénitas, motivadas como son por una persistencia en el tabicamiento del canal nasal, curan generalmente, una vez que se ha hecho desaparecer dichos tabicamientos por

medio del sondaje; es conveniente para facilitar esta curación practicar lavajes con agua oxigenada á 8 volúmenes.

En las pericistitis, los sondajes y lavajes fracasan casi siempre, haciéndose necesario recurrir á la extirpación del saco y curetaje amplio del canal nasal.

Hay dacriocistitis cuyo origen parece ser puramente microbiano, pues no son acompañadas ni por impermeabilidad del canal nasal, ni por afecciones de las fosas nasales; es en estos casos en que el tratamiento por los sondajes é inyecciones adquiere toda su preponderancia y se obtienen por él resultados satisfactorios, siendo el protargol el antiséptico al cual debe darse la preferencia.

En las dacriocistitis originadas por afecciones nasales, la extirpación del cornete inferior hipertrofiado, hecha en el Hospital de Niños bajo la dirección del doctor Horacio Gónzalez del Solar, gefe del servicio, nos ha dado brillantes éxitos, dignos por cierto de tener presente.

El número de observaciones completas, de enfermos tratados por este procedimiento, que se practica en el servicio hace más de tres años, no es muy elevado á causa de la reconocida dificultad que existe en seguir á los pacientes más allá de un corto tiempo después de haberlos operado.

Lógico es suponer que los enfermos que no re-

currieron de nuevo al servicio, han seguido satisfactoriamente, pero sólo fundaremos nuestras conclusiones en un corto número de ellos, rebeldes á todo otro tratamiento y que han curado radicalmente, accediendo á volver desde hace dos años, en forma periódica, para ser examinados.

Estas curaciones, la fácil ejecución del tratamiento y sobre todo el hecho importante de que nunca un insuceso deja al enfermo en peores condiciones, son hechos que merecen la atención de los oftalmólogos, para que antes de extirpar el saco se recurra á la extirpación del cornete, cuando en concomitancia con la dacriocistitis se observen afecciones de las fosas nasales.

De una ejecución facilísima y al alcance de todo práctico, basta un simple corte con una tijera acodada ó mejor aun con un turbinótomo. La anestesia con un tapon de algodón impregnado en una solución de cocaina al 10 por 100 es suficiente.

No aconsejamos la sección por medio del ansa galvánica, pues ésta al impedir el pequeño derrame de sangre que se produce usando el turbinótomo, da resultados contraproducentes, hecho este facilmente explicable, dado el rol que desempeña la ingurgitación del tejido convernoso submucoso y la íntima relación que existe entre la circulación nasal y la circulación ocular.

Al día siguiente se hace un sondaje con una

sonda Bowman, núm. 3 *d'embleé,* se deja en permanencia 4 ó 6 horas y en los días sucesivos se va aumentando un número cada día hasta llegar á la más gruesa.

Como deciamos antes, la extirpación del cornete presenta la ventaja de no dejar nunca al paciente en peores condiciones, hecho que aunque raro, suele presentarse en las extirpaciones de saco.

Necesita además esta última, una técnica muy delicada y una habilidad especial, que no están al alcance de todos. La más pequeña parte de saco que escape á la disección es suficiente para provocar un insuceso. Y tratándose de niños, las dificultades aumentan hasta hacer casi imposible su ejecución, dada la pequeñez del campo operatorio.

No es nuestra pretensión sustituir la extirpación de saco por la extirpación de cornete, deseamos solamente que en los casos más arriba citados se recurra á ésta antes que decidirse á atacar el saco, quedando siempre la extirpación de éste, como último y único recurso.

PEDRO IVANISSEVICH.

Buenos Aires, abril 17 de 1909.

Nómbrase al señor Consejero doctor Eduardo Obejero, al profesor titular doctor Pedro Lagleyze y al profesor extraordinario doctor Teófilo A. Moret para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, abril 26 de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis según consta en el acta número 1979 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la Ordenanza en vigencia.

E. CANTON,
Decano.

J. Larguía,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿De qué manera una turbinotomía inferior puede despejar el canal nasal?

EDUARDO OBEJERO.

II

¿La terapéutica de todos los lagrimeos persistentes, debe de ser instituída por el rinólogo, como lo pretende Bressgen?

LAGLEYZE.

III

Indicaciones de la extirpación parcial del saco lagrimal.

T. A. MORET.

Imp. Ad. Grau—Moreno 960.