AÑO 1909 N. 2070

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CILINDROMA
DE LA
GLANDULA LAGRIMAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ADOLFO D. CISTERNA

Ex - practicante de Oto - rrino - laringo - logia del
Hospital «Juan A. Fernandez» 1904 á 1905
Ex - practicante de Oto - rrino - laringo - logia y de Oftalmologia
del Hospital Español 1905 á 1909

«LA CIENCIA MEDICA»
LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDO BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

CILINDROMA

DE LA

GLANDULA LAGRIMAL

AÑO 1909 N. 2070

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CILINDROMA
DE LA
GLANDULA LAGRIMAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ADOLFO D. CISTERNA

Ex - practicante de Oto - rrino - laringo - logia del
Hospital «Juan A. Fernandez» 1904 á 1905
Ex - practicante de Oto - rrino - laringo - logia y de Oftalmologia
del Hospital Español 1905 á 1909

«LA CIENCIA MEDICA»
LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDO BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

La facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Articulo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Miembros Titulares

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
14 » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15 » » DANIEL J. GRANWELL
16 » » HORACIO G. PIÑERO
17 » » JUAN A. BOSRI

Miembros Honorarios

1 DR. D. EDUARDO WILDE
2 » » MARTIN SPUCH
3 » » TELEMACO SUSINI
4 » » EMILIO R. CONI
5 » » OLHIUTHO DE MAGALHAES

Secretario

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano
DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano
DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUAN A. BOERI (suplente)
» » JUVENCIO J. ARCE

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» Vacante
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	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomia Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
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
» Dermatológica y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» 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-Urinaria	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUAN R. FERNÁNDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Fisica Médica.....	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	« PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica.....	« TEÓFILO A MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. GRANWELL
	» AVELINO GUTIÉRREZ
Clínica Dermatol. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN 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 (en ej).
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteorología	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMONN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
	» CARLOS ROBERTSON
Patología externa	» RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN
Clínica oftalmológica	» PEDRO LABQUI
	» ENRIQUE DEMARÍA
	» FRANCISCO LLOBET
» Quirúrgica	» MRCELO VIÑAS
	» M. HERRERA VEGAS
	» JOSÉ RCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
	» LUIS AGOTE
Clínica Médica	» DAVID SPERONI
	» JUAN J. VITON
	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» RTURO ENRIQUEZ
	» A. PERALTA RAMOS
	» MANUEL R. SANTAS
Clínica Pediátrica	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posología razonada	» 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
Farmacognósia y posología razonada	DR. JUAN A DOMINGUEZ (en ej)

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica Parto Distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARREL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» UBALDO FERNANDEZ
	» J. C. LAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología.....	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiéne, Materia Médica Terapéutica dentarias, Medicina legal...	» N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

Profesor Doctor Enrique B. Demaria

A mis padres

A mi hermana

A mis amigos

PROLOGO

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Al presentar á vuestra consideración esta tesis, que no tiene otro mérito que el de contribuir al estudio de los Cilindromas de la glándula lagrimal, debo hacer público mi agradecimiento al Prof. Doctor Enrique B. Demaría que me ha inspirado esta tesis y guiado con sus sabias lecciones y consejos, durante los años que fuí su practicante en el servicio de Oftalmología del Hospital Español y que al terminar mi carrera, me hace el honor de ser mi padrino de tesis.

Mi agradecimiento á los Doctores Juan E. Torrens, Daniel Lizarralde y Raúl Sánchez Díaz, de quienes fuí practicante de Oto-rrino-laringología; al Doctor Pedro G. Rivero y demás médicos del Hospital Español, de quienes he recibido enseñanzas y atenciones.

CAPITULO I

Entre los numerosos tumores, sea benignos ó malignos, que puedan desarrollarse en la glándula lagrimal, existe uno el cilindroma de Billroth, que es doblemente interesante, tanto por su constitución histológica, pues es un tumor de tipo mixto (epitelial y conjuntivo), como por su sintomatología, marcha y pronóstico.

Estos tumores, no bien definidos en cuanto á su origen é interpretación histológica, han llamado la atención de los patologistas, quienes se han esforzado en hacer alguna luz sobre su tejido de iniciación (epitelial ó endotelial), existiendo al respecto numerosas pruebas en pro y en contra.

Estos tumores han pasado desapercibidos, siendo diagnosticados como sarcomas, mixo-sarcomas, endoteliomas ó carcinomas con degeneración hyalina, coloide ó mucosa, pero que examinados con el criterio de Billroth, como he tenido ocasión de hacerlo al ocuparme de ellos, muestran por su constitución histológica que no son sino los cilindromas ó tumores mixtos.

Son como he podido observar raramente malignos, como lo son también en general, todos los tumores desarrollados en la glándula lagrimal.

Una estadística bien demostrativa, es la publicada por Schoeffer en "Ein Fall sarcom der Thoenendruse" sobre 128 casos de tumores de la glándula lagrimal, en la que se encuentran solamente dos malignos.

También puede observarse lo mismo en otra estadística que trae el Prof. Panás en su "Traité des maladies des yeux", Tomo II, pág. 327, que sobre treinta tumores, solo encuentra uno maligno.

Estos cilindromas tienen un carácter especial puede decirse: el ser recidivantes y estas recidivas repetirse sin repercutir mayormente sobre el estado general; un caso que confirma esto, es el de Busch de un cilindroma de la órbita recidivado ocho veces en el transcurso de seis años y que después de esta octava intervención no volvió á reproducirse quedando el enfermo en excelentes condiciones de vida.

Rara vez suelen ser mortales; con esta terminación he leído solo dos casos: el que publica el Prof. E. B. Demaría en la "Revista de la Sociedad Médica Argentina", Tomo XII, pág. 540, de una mujer que entró al servicio de Oftalmología del Hospital de Clínicas el 23 de Noviembre de 1901, con un tumor en la región de la glándula lagrimal, del tamaño de una nuez, no acusa ganglios, se opera el 28 de Noviembre por vía anterior, se respeta el ojo que estaba normal y quince días más tarde la enferma es dada de alta en perfecto estado.

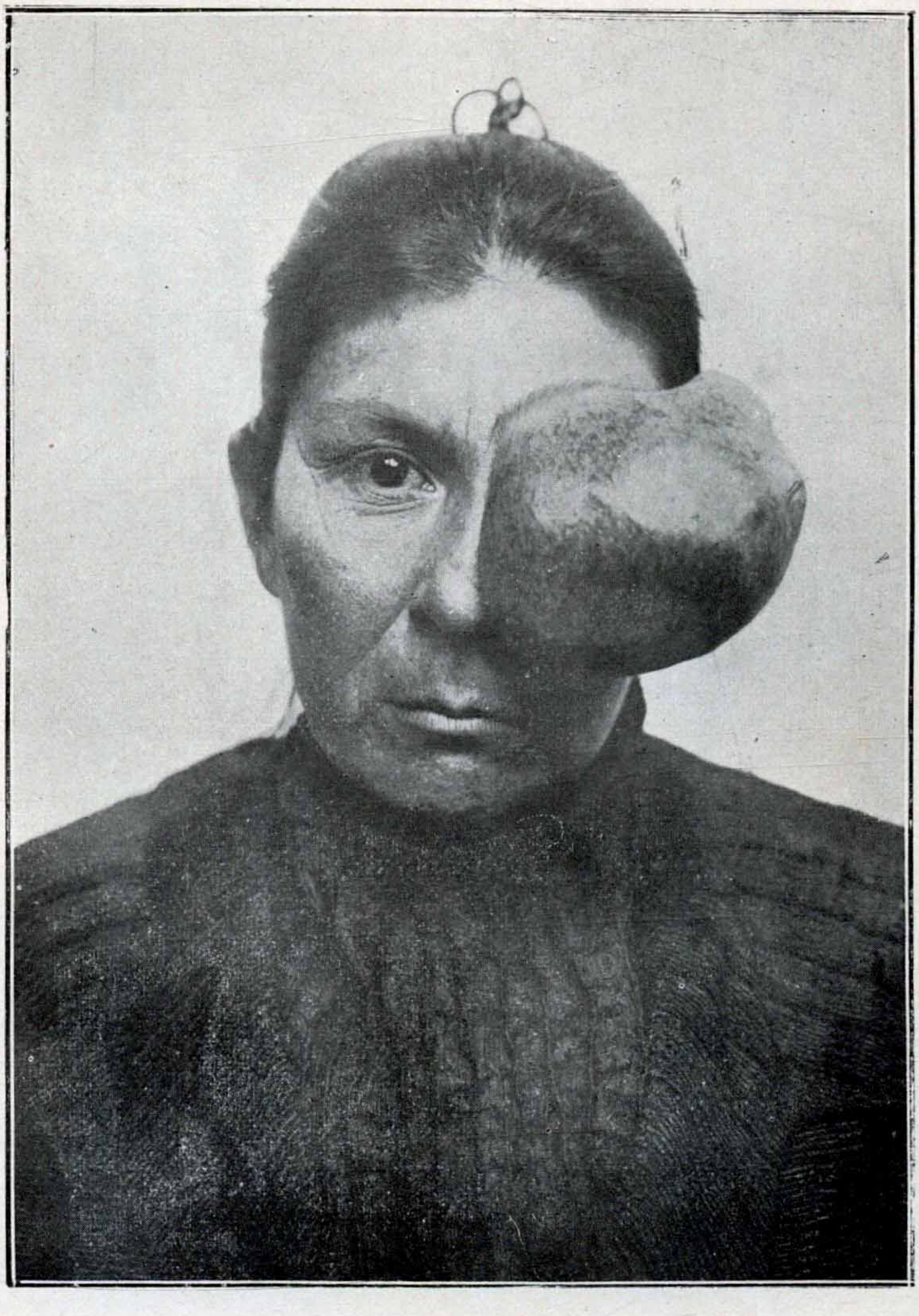

FIGURA N.º 1

El 12 de Septiembre de 1902 (diez meses después) se presenta con una recidiva que ocupa toda la órbita y los senos frontal y maxilar, tres días después es operada de nuevo haciéndosele una exenteración de la órbita, notándose en la pared inferior de la órbita una perforación por la cual el tumor se propaga al hueco del seno maxilar.

Un año después vuelve la enferma con una recidiva local bastante grande, llenando la órbita y el seno maxilar y frontal; una intervención nueva no pareció indicada, por lo cual la enferma abandona el hospital. Se supo que murió tres meses más tarde.

Barozzi y Lesne publican otro caso, de un cilindroma del seno maxilar superior que fué operado seis veces y en la sexta vez tenía un desarrollo enorme; en la autopsia se encontraron varias metastasis en el pulmón.

Ranvier se muestra muy pesimista con los cilindromas y dice: "la marcha del cilindroma es muy variable pero no puede ser considerada como la de un tumor benigno. Su desarrollo exéntrico, dice, puede ser muy grande y rápido y las masas epiteliales se reproducen con una gran energía".

Sin embargo, la mayoría de los cilindromas descriptos, se han comportado como tumores benignos, á la par de un fibroma, de un lipoma, adquiriendo gran tamaño, desalojando órganos, es cierto, pero sin repercutir sobre el estado general del sujeto, á pesar de las múltiples recidivas.

El caso que motiva esta tesis es observación del Prof. E. B. Demaría, y en él se verá la benignidad, desde su comienzo hasta su terminación, que fué por la curación.

HISTORIA CLÍNICA

Mayo 29 de 1907—Teófila Quiroga, de treinta y ocho años de edad, casada, se ha ocupado siempre de los quehaceres domésticos.

Hace como quince años, dice, empezó á notar que su ojo izquierdo, se hacía más saliente que el derecho y que esta exoftalmia progresaba siempre, pero lentamente.

Recuerda que en ese tiempo veía perfectamente con ese ojo, el cual, por lo que dice, era de aspecto normal con sus movimientos perfectamente conservados, ni seco, ni lagrimeante. Más tarde, á medida que el ojo se saltaba, veía que se desviaba hacía adentro y abajo, conservando los movimientos, pero notaba que veía doble los objetos y á veces tenía mareos y dolores de cabeza.

Conjuntamente con estas molestias, se vió aparecer y progresar en la parte externa y superior de la órbita, debajo mismo del reborde, una elevación que llegó á adquirir el tamaño de una nuez.

Era dura al tocarlo y no dolía. Consultó un médico del Baradero, el cual le enucleó el ojo, con el que veía perfectamente, dejándole para más tarde la extracción del tumor; pero la enferma se resistió á una nueva intervención.

El tumor fué creciendo hasta tomar el tamaño enorme que demuestran las fotografías de la enferma. Alarmada por este crecimiento se decide venir á Buenos Aires y entra al servicio de oftalmología para operarse con el siguiente:

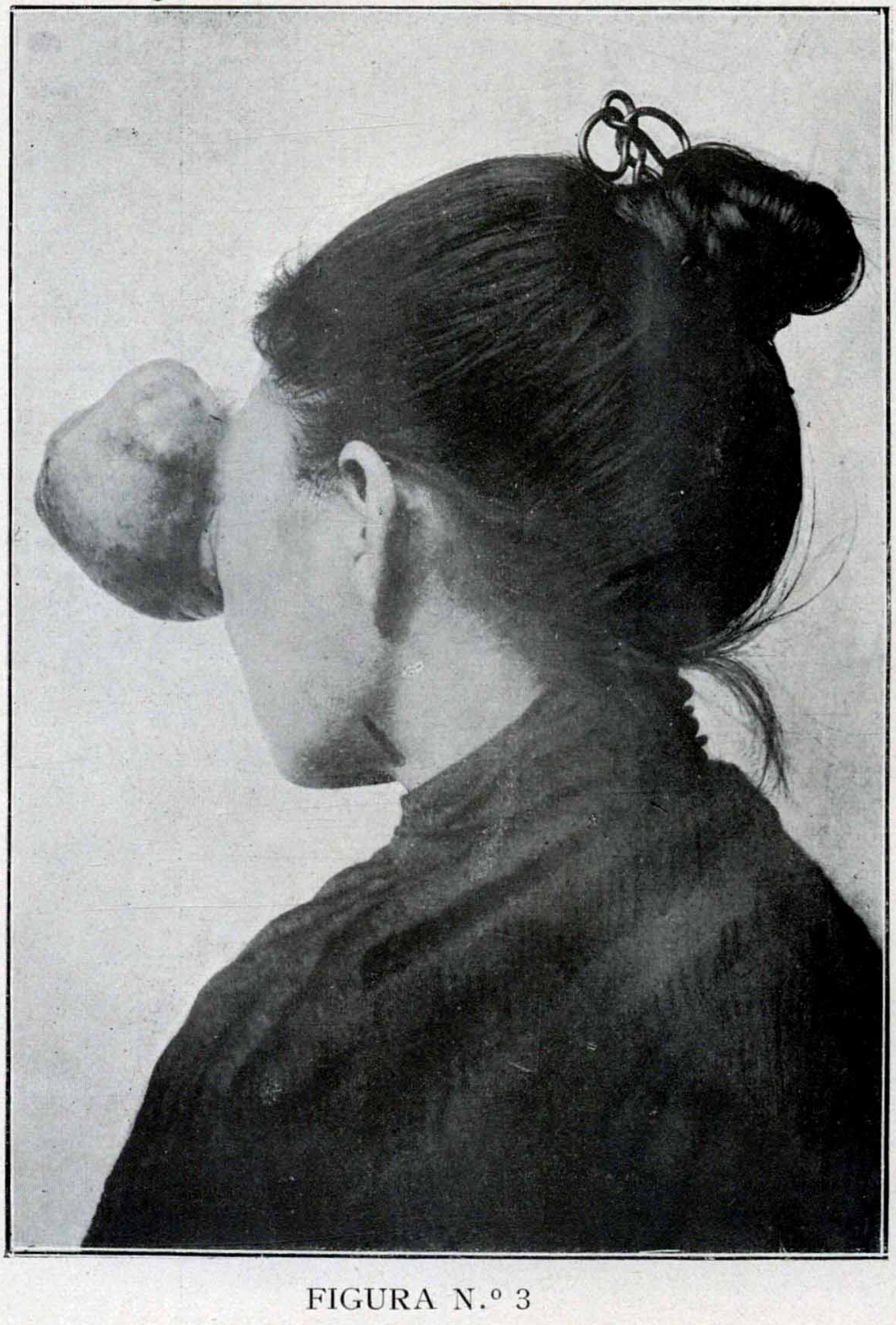

FIGURA N.º 3

Estado actual: OI. Anoftalmus. Lo primero que llama la atención, es una gran masa, implantada al parecer en la órbita, que se proyecta hacia adelante, desviando la nariz hacia la derecha y que vista de perfil tiene un pedículo bastante ancho incertado en la órbita (fig. 3) en que se vé el párpado inferior rechazado contra la mejilla.

El párpado superior completamente adelgazado recubre toda la superficie anterior y las laterales del tumor. Mirando de abajo arriba el tumor se vé que el párpado no lo recubre todo. Hace hernia entre ambos párpados una conjuntiva quemótica, seca en partes y en otras húmeda con secresión filante. El tumor cuya base se extiende desde la eminencia frontal correspondiente, (la ceja rechazada hacia arriba) hasta la región malar, surco nasogeniano, costea el lado izquierdo de la nariz hasta llegar á la frente. Su tamaño es el de una gran naranja de forma redondeada algo irregular, siendo su superficie mamelonada en la parte anterior y algo lobulada en esa parte supero externa.

Su consistencia es dura, fibrosa. La piel que recubre el tumor (que es la del párpado superior como ya he dicho) no está adherida al tumor, se nota al mismo tiempo una vascularización bastante desarrollada que le dá un tinte rojo-violáceo, que contrasta con el color moreno pálido del resto de la cara.

El tumor perfectamente indoloro, tanto á la presión, como expontáneamente, es inmóvil y como encajado en la órbita.

Los ganglios cervicales y preauriculares no están infartados.

No se encuentra nada en sus antecedentes, niega la sífilis y no recuerda haber recibido nunca un traumatismo en la región fronto-temporal.

El estado general de la enferma es excelente, buen estado de nutrición, buen apetito, siendo todas sus funciones perfectamente normales.

Con estos datos y dada la lentitud del crecimiento del tumor, su indolencia, la falta de ganglios, su situación, su manera de empezar, el buen estado general, el Prof. Demaría, que la examina, no duda en diagnosticar, un cilindroma de la glándula lagrimal.

Unico tumor, como me decía después, de relativa benignidad que puede adquirir tan gran desarrollo y determinar esta sintomatología local y general.

Suponiendo que este tumor, tuviera mayores complicaciones y se extendiera hacia las fosas nasales, seno maxilar ó cerebro se envía al servicio de cirujía del Doctor Gandolfo para ser operada, el (5 de junio de 1907). Hace una incisión curva á un centímetro del borde libre del párpado inferior que va de la nariz hasta la apofisis orbitaria externa.

Diseca el párpado y lo rechaza hacia abajo, después con la espátula desprende el tumor con gran facilidad; hace entonces otra incisión también curva, que empieza al nivel de la raíz de la nariz y va á unirse con la primera incisión al nivel de la apofisis orbitaria externa, pasando por debajo de la ceja.

Entonces con el dedo desprende el tumor del tejido celu-

FIGURA N.º 5

FIGURA N.º 6

lar que lo rodea, se suturan los dos colgajos que resultan con crin y se deja un drenaje en el ángulo externo.

Anestesia cloroformo. Las consecuencias de la operación fueron excelentes (figs. 5 y 6).

En ellas se vé como quedó la enferma á los cinco días de operada, siguiendo perfectamente sus curaciones fué dada de alta el 10 de Julio, completamente restablecida, con la piel perfectamente cicatrizada y no se pudo sacar la fotografía por motivos agenos á nuestra voluntad.

Hasta la fecha no se ha tenido noticia de la enferma, pero es probable que haya recidivado.

EXÁMEN ANATOMO-PATOLÓGICO

El tumor pesa 400 gramos (después de haber estado varios meses en alcohol, lo que hace suponer que su peso primitivo fuera mayor).

Mide en su diámetro anterior, del párpado al fondo de la órbita, doce centímetros, transversalmente también doce centímetros, y de arriba abajo once centímetros, siendo su circunferencia de cuarenta centímetros.

El tumor es redondeado y en la parte anterior (fig. 7) se ve el párpado superior y piel de los contornos, que fueron extirpados con el tumor.

La parte de éste encajada en la órbita se ve en la fig. 8. El tumor está cortado en dos porque se sacó un pequeño fragmento para incluirlo.

Histológicamente el tumor está envuelto por una especísima capa de tejido conjuntivo, (lo que facilitó su extracción en el momento de operarlo); de esta capa conjuntiva parten tabiques conjuntivos, con muy pocas células y vasos; estos son gruesos y resistentes dividiéndolos en innumerables compartimentos. El elemento conjuntivo (dada la vejez de este tumor) forma la mayor parte de la trama de este y en numerosos puntos se notan zonas extendidas de calcificaciones, como producto de degeneración.

El elemento activo lo forman los focos ó mejor dicho, los cordones celulares, de los que hay de dos clases, algunos con un lumen lleno de una substancia hyalina ó mucosa y otros sólidos.

Las células son de aspecto epitelial (glandular) cúbicas, pocas veces formando una sola capa, en la mayoría varias; con núcleo grande y en el lumen la substancia hyalina en unos casos y otros otra substancia que por sus reacciones es de aspecto mucoso y en este caso las células son de aspecto poliedrico y algunas estrelladas como se encuentran en la degeneración mucosa. En las células no se observan fenómenos de división, ni de Karyokinesis. El número de vasos es muy reducido. Rodeando á los cordones celulares y solo en partes reducidas del tumor se observa la membrana basal idéntica á la descripta en el otro caso observado en esta clínica; son estos puntos

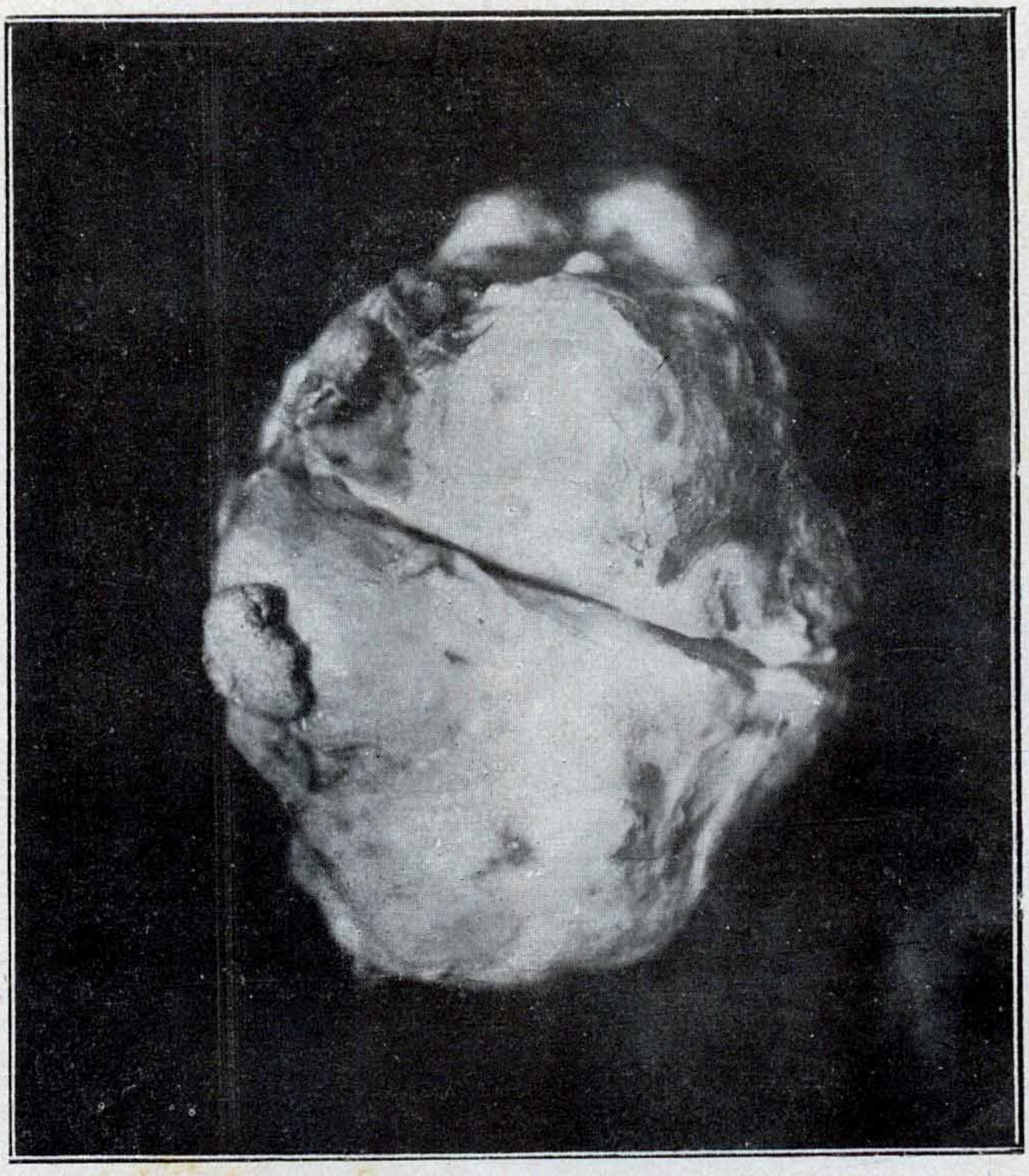

FIGURA N.° 7

seguramente las partes más jóvenes del tumor. No se observan la formación de perlas epiteliales semejantes á las que se encuentran en los epiteliomas. Tampoco es posible reconocer extructura ó restos de glándula lagrimal, la que seguramente se ha transformado toda en tumor.

De lo expuesto se deduce con toda facilidad el diagnóstico de cilindroma con abundante preferencia de tejido fibroso sobre el epitelial, con abundante degeneración hyalina, mucosa y calcificaciones y con muy pocos vasos; lo que nos explica el carácter relativamente benigno de este tumor.

CAPITULO II

Los tumores de la órbita tienen una serie de síntomas comunes que obedecen á una sola causa: el desarrollo del tumor en la cavidad orbitaria, desarrollo que entraña múltiples trastornos en las relaciones y funciones de los órganos contenidos en esta cavidad.

El más importante, el que casi nunca falta y que es el que alarma al enfermo decidiéndolo á ver al médico y el que pone al médico en condiciones de fundar su diagnóstico de tumor de órbita, es la exoftalmia.

Esta exoftalmia, variable en dirección y marcha, según la época, crecimiento, situación y naturaleza del tumor, va acompañada de una serie de disturbios oculares y otras manifestaciones que en oportunidad describiré.

Esta exoftalmia no es un signo patognómico de tumor de órbita, no pretendo afirmar esto á pesar de haber dicho que todos los tumores de órbita cuentan en su sintomatología, tarde ó temprano este síntoma, de modo que su ausencia tiene un gran valor diagnóstico.

Ahora, reconocer una exoftalmia, no es siempre cosa fácil. Este síntoma pasa largo tiempo desapercibido y merece ser buscado cuidadosamente; su ausencia, como he dicho, representa un signo de gran valor en los casos en que se suponga la presencia de un tumor. Aunque existan dolores, síntomas de parálisis nerviosas, etc., si no hay desplazamiento del ojo adelante ó á los costados se puede afirmar que no hay tumor. Hay casos en que el ojo está saliente y sin embargo, no hay exoftalmia, (por ejemplo, en la hidroftalmia y la Buftalmia).

La exoftalmia puede ser producida, además de los tumores, momentáneamente por un derrame sanguíneo post-traumático, puede presentarse después de una operación de estrabismo ó un enfisema.

El bocio exoftálmico cuando es monolateral, cosa no muy frecuente (pero existen casos como los de Trousseau y otro de Ruten que solo hace diagnóstico por los signos de Stelwag y de Graefe que estaban conservados) puede dar lugar á un error de diagnóstico.

Una ligera reseña sobre la sintomatología de los diversos tumores, tanto benignos como malignos de la órbita, demostrará esta comunidad sintomática que los caracteriza.

En primera línea relataré los síntomas de los quistes orbitarios; pero varían en algo entre sí, según sean congénitos ó adquiridos; los quistes congénitos entre los cuales tenemos los "quistes por inclusión del cerebro" ó "meninges", tienen por carácter principal el tener puntos de elección, más bien dicho

una localización fija que es el ángulo supero-interno del ojo. Estos quistes hacen hernia bajo el párpado superior produciendo una exoftalmia oblícua hacia abajo y afuera, observándose también que son más comunes del lado derecho que del izquierdo.

El quiste seroso, congénito también, se desarrolla en la órbita pero no tiene punto de elección, apareciendo como el anterior bajo el párpado y produciendo la exoftalmia, disturbios motores y visuales.

Los quistes dermoideos tienen puntos de elección en la órbita y estos son los ángulos externo é interno en su parte anterior. Pueden pertenecer á la órbita de dos maneras, ó bien que hayan nacido en ella ó que la hayan invadido después en su crecimiento. Producen la exoftalmia desalojando el ojo de sus relaciones orbitarias, desviándolo en diversos sentidos, limitando ó dificultando sus movimientos de excursión, ó produciendo disturbios en la visión (diplopias, disminución de la agudeza, etc.)

Entre los quistes adquiridos, describiré con preferencia los quistes á entozoarios, como los quistes hidatídicos y cisticercos.

Los quistes hidatídicos tienen todos un principio incidioso. Aun antes de que se pueda pensar en la presencia de un quiste de estos en la órbita se inician con un síntoma constante y casi diría particular: el dolor, este dolor bastante fuerte desde el principio no se puede explicar, dada su precocidad, sino como un dolor debido á la reacción del tejido orbitario inflamado, porque en esta época el quiste, dado su pequeño tamaño

no puede dar síntomas de compresión nerviosa en la órbita.

Más tarde debido al desarrollo del tumor aparecen, la exoftalmia, los disturbios visuales, el tumor accesible al tacto y á la vista y demás signos oftalmoscópicos.

Esta exoftalmia se produce en diversos sentidos, pudiéndose hacer el diagnóstico por ella, del sitio del tumor en la órbita. Si está en la base el tumor aparece pronto, siendo fluctuante, sin latidos, ni pulsaciones, sin síntomas especiales para distinguirlo de los demás quistes, salvo el dolor de los primeros tiempos. La fluctuación es también raramente característica y la confusión podría ser hecha perfectamente con un lipoma, un angioma venoso no pulsátil ó un sarcoma blando.

Los disturbios visuales que produce son: la diplopia con sus variedades homónima y eterónima, debidas ambas al mal funcionamiento de los músculos del ojo; la hipermetropia y la miopía, por compresiones del tumor en el sentido lateral ó anteroposterior del ojo, respectivamente.

Existen complicaciones orbitarias por inflamación de vecindad; menos frecuentes en los hidatídicos, que en los á cisticercos, pero más común en estos que en los otros neoplasmas, donde esta reacción inflamatoria es excepcional.

La sintomatología de los angiomas de la órbita, es objetiva y subjetiva; entre los síntomas objetivos, el más importante y fundamental es la exoftalmia que puede ser más ó menos considerable y llegar hasta luxar el ojo.

Esta exoftalmia es sumamente variable en un mismo sujeto, dependiendo de las actitudes, de los esfuerzos y en ge-

neral todos los casos que puedan dificultar la circulación de la región.

Esta exoftalmia puede ser axil ó bien acompañada de desviaciones del globo ocular en diversas direcciones (en 15 casos: 4 axiles y 11 con desviación). El tumor es reductible á la presión; al tacto dá una sensación firme y elástica en la forma cavernosa. Un buen signo sería la reductibilidad y algunos han dicho también la fluctuación. Muy pocas veces por no decir ninguna se notan pulsaciones en el angioma simple de la órbita (en 54 casos de Berlín solo hay 4 pulsátiles).

Los síntomas subjetivos son, disminución gradual de la visión, ausencia de dolores, integridad largo tiempo conservada de los movimientos de los músculos del ojo y sobre todo marcha lenta y buen estado general.

La exoftalmia pulsátil tiene una triada que impone el diagnóstico: exoftalmia, pulsaciones y ruido de soplo; existen también después otros desórdenes comunes á los demás tumores de la órbita.

El tumor del nervio óptico presenta la exoftalmia como un síntoma constante y capital y después la disminución de la visión (ligera la exoftalmia al principio va creciendo progresivamente con lentitud; existen también fenómenos congestivos. La dirección de la exoftalmia *es directa,* ley propuesta como general por De Graefe para los tumores de nervio óptico. Los otros tumores de la órbita lo desvían hacia adentro, afuera, arriba ó abajo, según los casos. Esta ley no es absoluta tampoco, sobre 56 casos en que la dirección de la exoftalmia es señalada, 10 es directa y 19 desviada y 27 no indicada.

Disturbios de la movilidad: la movilidad está bien conservada al principio y es raro que los movimientos sean en absoluto disminuídos. "En 12 casos, dice Jacqus, eran posibles pero limitados en todas direcciones, en 29 eran imposibles en tal ó cual dirección". Y se comprende que esto sea así pues los músculos fatigados y distendidos por el ojo exoftalmico y el tejido periocular infiltrado, falto de blandura, dificultan el juego de estos músculos. A la palpación el tumor es siempre móvil en la cavidad orbitaria y no tiene con la pared sino relaciones muy alejadas. Los disturbios de la visión pueden aparecer al principio cuando la agudeza visual no está modificada, ocupando el primer lugar la diplopia.

El osteoma de la órbita tiene un desenvolvimiento que es lento, indolente, siendo su punto de elección, la pared supero-externa de la órbita y también los senos frontales, la exoftalmia en estos tumores es constante, lo mismo que los demás síntomas que se suceden á ella.

El fibroma se comporta en sus síntomas orbitarios como cualesquier otro tumor de calidad benigna, no teniendo signos especiales de diagnóstico.

Existe un núcleo de tumores que son los sarcomas en todas sus variedades, que dan una sintomatología algo diferente con relación á los demás tumores. Antes de que se noten signos de exoftalmia, aparecen grandes dolores, que suelen ser muy precoces, luego aparece la exoftalmia, aumentando rápidamente, con disturbios visuales (diplopia, disminución de la agudeza visual), más tarde dificultad en los movimientos del

globo ocular, ectropión, párpados vascularizados, etc. Cuando revisten la forma de osteosarcomas, los huesos de la órbita están dolorosos y tumefactos, con inchamiento difuso de las partes blandas que lo rodean, empastamiento y desarrollo de vasos. Adquieren un desarrollo enorme, presentándose en general en los niños y personas jóvenes, rara vez en los viejos; el sarcoma es el cáncer de los jóvenes.

En el caso de que el sarcoma sea recidivado de uno del ojo ó que perforando á éste invada la órbita, existen otros signos anteriores, como ser la disminución ó pérdida completa de la visión y el diagnóstico de tumor intraocular.

En un período más avanzado aparece el tumor á la vista y al tacto, se ven en la conjuntiva masas rojo-violáceas vegetantes que á la palpación dan diferentes sensaciones, desde la consistencia blanduzca del sarcoma embrionario, hasta la dureza del tumor fibro-plástico.

En un tercer período, podríamos decir, viene la ulceración y la generalización por vía sanguínea á las diferentes partes del cuerpo.

Yo he visto morir una enferma de mi servicio (en el Hospital Español el año 1907) treinta y tantas horas después de habérsele enucleado un ojo (por sarcoma) de una embolia cerebral. Sorprendiéndola la muerte en momentos que conversaba alegremente con otras enfermas de la sala. Diagnóstico constatado en la autopsia.

Los epiteliomas de la órbita son rarísimos, solo se observan algunos pero que son secundarios de un cáncer de párpado, de conjuntiva, etc.

El linfadenoma de la órbita es bilateral y empieza por la región de la glándula lagrimal, dando su sintomatología. La tuberculosis de la glándula lagrimal, da una sintomatología idéntica á la del cilindroma salvo que su terminación es por la ulceración y supuración. El Dacryops tiene síntomas parecidos, pero aquí la punción decide el diagnóstico.

Ahora me ocuparé de la sintomatología del cilindroma, empezando por su etiología que es completamente ignorada como para todos los casos de cáncer en general.

Se encuentra, sin embargo, muchas veces en los antecedentes un traumatismo antiguo que ha sido llevado sobre el ojo ó sobre la región fronto-temporal, á veces es una disposición hereditaria al cáncer. Una cosa curiosa que he observado es la preferencia que tiene de desarrollarse en el sexo femenino, solo se cuentan raros casos sobre el hombre. No tiene elección para una ú otra glándula, desarrollándose tanto en la derecha como en la izquierda.

Es la exoftalmia con desviación hacia abajo y adentro, el primer síntoma que abre la escena y el que alarma al enfermo decidiéndolo á acudir al médico. Esta exoftalmia va progresando poco á poco y la desviación se va haciendo cada vez más aparente; el ojo en su progresión hacia afuera de la órbita va acompañado generalmente de la piel del párpado superior y de las regiones vecinas (frente y mejillas). Esta epidermis está por lo general adelgazada, unas veces pálida, otras veces surcada de vasos, que le dan una coloración rojo-violácea; puede suceder también que la hendidura parpebral

ceda y los párpados no acompañen en su progresión al ojo, el cual arrastra, por decir así, la conjuntiva de los fondos de saco invirtiéndola, la cual se presenta á la vista, seca, color rojizo, y otras inflamada, formando alrededor de la córnea un rodete quemotico y en cuyos repliegues más periféricos se alberga una secreción sero-purulenta que por lo general es poco abundante y debida á infecciones secundarias implantadas en esta conjuntiva inflamada, expuesta al aire y los traumatismos.

Por el lado de la córnea, pueden sobrevenir complicaciones más serias y examinando una córnea en estas condiciones (es decir, expuesta al aire, á los traumatismos, no humedecida por las lágrimas y secreción normal de la conjuntiva) se ve que su superficie de brillante y transparente que era, se ha tornado en mate y turbia no dejando ver con la claridad de antes el iris.

Cualquier causa que pueda producir el desprendimiento del epitelio, da lugar á una úlcera, que lejos de curar progresa rápidamente trayendo la perforación en las veinticuatro horas. Yo he visto después de un traumatismo, en un individuo con ectropión senil, producirse una keratitis por lagoftalmo y á las diez horas hacer hernia la membrana de Descemet y al día siguiente al curarlo, observar una perforación con hernia del iris y demás cortejo de síntomas.

El peligro, pues, como decía antes, es la keratitis por lagoftamo casi imposible de evitar en estos enfermos.

En cuanto á la multiplicidad del tumor, no he visto, ni

leído en ninguna parte; siempre parece que se presenta monolateral.

Desarróllase entre la pared orbitaria y el ojo, amoldándose al principio, á las partes vecinas, pero más tarde en su crecimiento produce los disturbios que ya he descripto tanto en la órbita como en el ojo.

Volviendo á la exoftalmia, esta es lateral la mayoría de las veces, sea infero-interna, como dice Fromaget, ó infero-externa, como en el caso de Dianoux, ó infero directa como en el de Moissonnier.

La desviación hacia afuera ó hacia adentro es fácil explicársela por la situación que ocupe el tumor al desarrollarse. Si es la parte más externa de la glándula la que da lugar al tumor, este empezará á comprimir el ojo en la parte anterior de su eje antero-posterior, más ó menos en el cuadrante supero-externo, resultando de aquí que el ojo se vea rechazado hacia abajo y adentro. Explicar la desviación hacia afuera y abajo, es fácil, por este mismo mecanismo, pero no ya en el extremo anterior del eje antero-posterior, sino en su porción posterior, y entonces serían las partes internas de la glándula las que actuarían.

Este tumor no incluye el ojo en sus espansiones, una prueba de ello es la conservación de los movimientos oculares por libre funcionamiento de los músculos rectos, sin embargo, en estados avanzados se ve alguna dificultad, pero se compensa por la hipertrofia que sufren estos músculos; el elevador del párpado es el que más sufre, pues se encuentra com-

primido por el tumor por dentro y la piel que no cede fácilmente por fuera, produciéndose un adelgazamiento de sus haces y de ahí una ptosis por impotencia funcional.

La diplopia es rara; tal vez en los primeros tiempos exista, pero desaparece más tarde á causa de la aparición de los disturbios visuales, como la ambliopía, que quita la visión á ese ojo y entonces el enfermo prescinde de él, mirando tan solo con el sano.

Fácil es explicar estos disturbios visuales; el ojo al ser proyectado fuera de la órbita estira el nervio óptico ó el tumor produce una compresión de este y por eso se produce la ambliopía.

La neuritis óptica es también otra complicación que puede presentarse, al oftalmoscopio, se nota la pupila edematosa y los vasos venosos llenos de sangre, aumentados de volumen; alteraciones producidas por la mala circulación intraocular á causa de la presión ejercida por el tumor sobre el ojo.

A veces se produce una alteración en la secreción lagrimal, traducida por una disminución de la cantidad segregada hasta entonces, á causa de la desaparición de la glándula absorbida por el tumor.

Sin embargo, en otros casos se observa una hipersecreción compensadora de las partes sanas de la glándula y entonces la secreción lagrimal no disminuye.

A la inspección se nota un tumor de forma y tamaño variables desde un garbanzo hasta el tamaño de una naranja, colocado entre el reborde orbitario y el ojo en la región de la glándula lagrimal.

Son unas veces perfectamente indoloros, pero en general, el paciente nota dolores lancinantes por momentos ó á veces hormigueos, pero raramente dolores vivos en la región fronto-temporal.

A la palpación se presentan como tumores duros, de consistencia ósea y cuando no tienen gran desarrollo extraorbitario, dan la impresión del borde del hígado hipertrofiado cuando se palpa debajo del reborde costal, según la expresión de Dianoux.

El diagnóstico es hecho fácilmente, por la presencia del tumor en la foseta lagrimal, su dureza, su adherencia al frontal, ausencia de ganglios, su desarrollo lento durando 4, 6 y 15 años, como en el caso presente.

El tumor no adquiere adherencias con los tejidos vecinos, está aislado por una capa de tejido conjuntivo que hace fácil su enucleación.

CAPITULO III

Para establecer el diagnóstico diferencial entre el cilindroma y los demás tumores que puedan desarrollarse en la órbita y en especial en la región de la glándula lágrimal, basta solo recordar la sintomatología que he descripto.

Haré mi diagnóstico por exclusión, descartando por lo tanto desde ya todos los tumores inflamatorios, abcesos de todos orígenes, quistes hidatídicos (de órbita), sarcomas, tumores pulsatiles, todos ellos de sintomalogía especial, de crecimiento rápido y algunos como los sarcomas de carácter maligno, repercutiendo sobre el estado general del sujeto.

Fundándome en la clase de exoftalmia y en la desviación que imprimen al ojo los cilindromas de la glándula lagrimal, que es hacia abajo y adentro (sintomatología de todos los tumores de esta glándula) puedo descartar de esta discusión todos aquellos tumores que dan exoftalmias directas con desviaciones que no son las indicadas más arriba y á todos aquellos tumores de localización fija, como los osteomas, los tumores de nervio óptico, los quistes dermoideos, los quistes sero-

sos, lo mismo que toda esa serie de quistes congénitos, puesto que el tumor que me ocupa es adquirido.

El bocio exoftálmico es en general bilateral, pero existen casos, que se presentaban monolaterales, pudiendo en un principio hacer la ilusión de un tumor de órbita, pero la sintomatología general descarta esta probabilidad.

No quedan por analizar sino los lipomas, los fibromas, los tuberculomas que podrían desarrollarse en la glándula y los tumores propios de ella como el Dacryops.

El lipoma se descarta fácilmente á causa de su consistencia blanda, que contrasta con la dureza ósea del cilindroma.

Los linfoadenomas, ocupan, en general, las dos órbitas. La región de la glándula lagrimal es invadida por el neoplasma en su crecimiento y rodea al ojo, produciendo una exoftalmia directa ó infero-interna y en este caso porque está localizado en la región de la glándula.

Beckert, Arnoll, Gallasch, Reymond y Deleus, traen descripciones en que predominan estos síntomas que acabo de enunciar y hacen su diagnóstico diferencial por la bilateralidad y por existir también modificaciones en la constitución sanguínea.

La tuberculosis se presenta como un cilindroma en volumen, localización y síntomas de la exoftalmia, pero su marcha es más rápida llegando á ulcerarse, cosa que no se observa en el cilindroma.

El dacryops, es fluctuante ó elástico se descarta fácilmen-

te por la punción, lo mismo que el quiste hidatídico de esta glándula.

Como vemos, pues, no hay otro tumor en la órbita que pueda confundirse con el cilindroma, dados sus síntomas generales y especiales: marcha lenta, exoftalmia hacia abajo y adentro, tumor duro, sobresaliendo del reborde orbitario, falta de ganglios, movilidad conservada del ojo y sobre todo el buen estado general.

Datos con los cuales no estaremos equivocados si frente á un tumor que encuadra en estos síntomas, diagnosticamos un cilindroma y de la glándula lagrimal.

CAPITULO IV

Berlin fué el primero que llamó la atención sobre estos raros é interesantes tumores.

Estudiados más tarde por Billroth fueron denominados por este cilindromas, á causa de su disposición especial; Tomassi los describía como cánceres á tubos epiteliales, Forster habla de cancroides mucosos. Malassez siguiendo en parte la concepción de Billroth los describe como epiteliomas alveolares con invasión mixomatosa.

El conocimiento perfecto, más bien dicho, su interpretación verdadera es muy difícil, máxime cuando han sido descriptos, con tal variedad de nombres é interpretados de maneras tan diferentes, en relación á las distintas ideas reinantes en las épocas en que han sido estudiados.

Otro punto en los cilindromas en que los autores no están de acuerdo en afirmar, es su verdadera clasificación y el sitio que deben ocupar en la historia patológica. Considerados por unos como epiteliales, por otros endoteliales, todavía no han llegado á una conclusión categórica.

Parsons en el estudio que hace de estos tumores en su libro "The Pathology of the Eye", Tomo II, Londres 1905 —cree que sean de origen endotelial como sus similares de la glándula parotida, pensando con Koster que su origen está en una proliferación del endotelio de los vasos linfáticos; esta opinión parece ser la más exacta de todas las conocidas.

Sin embargo, Wood presenta pruebas para defender que se trata de tumores epiteliales y se funda para ello:

1° Que la glándula lagrimal tiene epitelio y que este epitelio está en gran proporción en relación á su tamaño.

2° En la presencia en el tumor de tubos de aspecto glandular (epitelial por lo tanto).

3° En la presencia de la membrana conjuntiva basal que contornea la capa epitelial externa de estos tubos glandulares.

4° Por la constatación de glóbulos perlados y gránulos Kerato-hyalinicos en algunas de estas células.

5° En la presencia de especiales fibrillas espirales diseminadas en el parenquima.

W. Schulze en una publicación sobre los cilindromas, al tratar de su origen epitelial ó endotelial, no se muestra partidario de la teoría endotelial y afirma que es un carcinoma, pues el tumor se compone de cordones epiteliales que se encuentran enclavados en un tejido conjuntivo con degeneración mixomatosa. De estos cordones epiteliales hay de dos clases: 1° cordones epiteliales con un lumen central; la pared está constituída por una doble capa de células superpuestas, las más internas con células aplanadas, estando su lumen lleno

de una substancia homogénea, conteniendo también glóbulos perlados. 2° otros cordones epiteliales sin lumen que tienen los mismos caracteres que los anteriores con respecto á la forma de las células y su disposición. Las células epiteliales se encuentran separadas del tejido intermediario por una membrana basal, existiendo en algunos puntos del tumor distensiones epiteliales que forman verdaderos quistes; en el centro del tumor por irrigación disminuída se producen necrosis extendidas.

Como puede verse por la descripción que da Wood éste piensa igual que Schulze al afirmar la teoría epitelial.

El Prof. E. B. Demaría en un caso de cilindroma de la glándula lagrimal publicado en la "Revista de la Sociedad Médica Argentina" Tomo XII, página 540, dice así: "En mi caso, es igualmente difícil la clasificación del tumor. La estructura de los nidos celulares que llenan la parte anterior del tumor (y también las otras aunque menos completamente); las células que son poliedrias y que se justaponen en capas concéntricas, sin haber entre las diversas capas la menor diferencia de forma, coloración, etc., la estructura y forma celular de los cordones celulares que atraviesan el tumor, son todos elementos de juicio que me inclinan á opinar del lado del endotelioma".

"La formación de perlas (que en este caso no había) las degeneraciones hyalina y calcárea se encuentran indistintamente en uno y otro tumor. En cambio la membrana basal que rodea á los nidos celulares y que es un producto de

secreción de las células es de fácil explicación en un epitelioma, siendo difícil explicarse su origen en un endotelioma''.

''Si se trata de un endotelioma, su origen estaría en la proliferación de los endotelios de las hendiduras linfáticas peri-acinosas donde he observado una marcada proliferación celular que he descripto en la parte correspondiente. Queda tan solo comprobado que se trata de un tumor cilindromatoso''.

En la descripción á que se refiere en el párrafo anterior dice así: ''Se puede admitir como origen una proliferación de las células endoteliales que tapizan los espacios linfáticos peri-acinosos. Esto nos explicaría el aspecto endotelial que tienen las células del tumor y también que las capas de células excéntricas y mucho más las concéntricas que forman los nidos tengan el mismo aspecto é igual estructura, lo que no sucede en los nidos cuyas células son de origen epitelial. (Y en lo cual se basa uno de los principales y más seguros caracteres diferenciales entre el epitelioma y el endotelioma). Sin embargo, y quizá debido á lo desarrollado que está el tumor, no se ve claramente que los nidos celulares tengan ese origen''.

Cirincione piensa que tendrían su origen en un foco de células epiteliales del cual se han desprendido pequeñas partes epiteliales que penetrando, en el tejido que los rodea, á través de los vasos senguíneos y linfáticos, se desarrollan provocando una proliferación de los endotelios por acción química y mecánica. Como se ve Cirincione, piensa con Koster y para explicar esa dualidad de síntomas que se notan en los

cilindromas, de epiteliales y endoteliales, dice, que los elementos epiteliales pueden ser muy raros y desaparecer bajo los amas de elementos endoteliales de modo que la formación neoplásica podía perder en una gran extensión su carácter epitelial y mostrarse solamente bajo la forma de cordones ó cilindros endoteliales anastomosados; ó en el caso contrario, los epiteliales desalojar á los endoteliales y dar el tipo epitelial.

Ribbert tampoco da una opinión categórica, solo se limita á pensar según una teoría que expone, que sean tumores de origen embrionario. Entiende, como digo, que es dificilísimo saber si son endoteliomas ó epiteliomas.

El tumor, según Ribbert, tomaría origen en el endotelio de los vasos sanguíneos ó en el de los linfáticos, ó sino en el endotelio que rodea á las células de la glándula. Por la forma que presentan las células, la diferenciación sería imposible y solamente puede decirse que se está en presencia de un epitelioma, cuando se forman glóbulos perlados ó haya células keratohyalinas.

El cilindroma, llamado también, tumor mixto, no es únicamente un tumor de glándula lagrimal, puede encontrarse en otras regiones y órganos del cuerpo, pero de una manera general puede decirse que se desarrolla en la cara y en la parotida; su orden de frecuencia sería: maxilar superior, órbita, maxilar inferior, labios, mejillas, región palatina, etc.

Se han descrito cilindromas en regiones más apartadas, como el caso de Lucke, que estaba implantado en el borde

cubital de la extremidad posterior del quinto metacarpiano y otro caso de Cirincione situado en la punta del dedo índice.

El cilindroma tumor mixto de tejido conjuntivo y epitelial, está formado por cordones epiteliales que unas veces son sólidos y otras veces con un lumen, el cual se encuentra más ó menos dilatado. Las células que forman estos cilindros, son de tipo no uniforme, unas veces cúbicas, otras redondas. Con mucha frecuencia estos cilindros epiteliales están con su lumen ocupado por una substancia homogénea.

Estos cordones epiteliales son bastante numerosos y están separados del tejido conjuntivo por una membrana basal que puede tener de 3 á 4 M que se colorea en rojo con el "van Gieson", de la misma manera que las fibras elásticas, tomando también los colorantes de Weigert y con la orceina de Unna-Ttenzer.

Cuando el tumor empieza á evolucionar, los elementos celulares parecen adelgazarse ó atrofiarse para dar lugar á los brotes conjuntivos que proliferan activamente. Este tejido conjuntivo es translucido y es considerado por muchos histólogos como idéntico al tejido mucoso.

Producido el rechazo de los epitelios y los brotes del tejido conjuntivo llenando la cavidad del tumor, la neoformación esta en su apogeo y es en este momento que tiene toda la sintomatología de Billroth.

Formado en su periferia por capas de células cúbicas, van aplanándose á medida que se profundizan en el tejido conjuntivo adelgazándose hasta hacerse laminares, siendo en este momento imposible el reconocer su antigua forma.

Estos tubos ó masas epiteliales penetrados por el tejido conjuntivo proliferante van perdiendo sus núcleos y los vasos que irrigan la región se van atrofiando; este tejido conjuntivo á su vez, mal irrigado por la atrofia que se ha producido de sus vasos sanguíneos y linfáticos, empieza á sufrir en su nutrición y un proceso de degeneración empieza á desarrollarse, degeneración que puede ser hyalina, mucosa ó calcárea.

Los hacesillos conjuntivos van degenerando de las partes más centrales del tumor á las más periféricas; este proceso invade también pero algo más tarde á las células de los cordones, empezando por las células epiteliales y terminando por las endoteliales, dando así lugar á la formación de estos grandes espacios llamados lagunas, que se encuentran en medio de los tubos celulares.

Estos ensanchamientos ó cabidades se encuentran como ya he dicho, unas veces vacíos y otras llenos de una substancia homogénea hyalina cuyo origen y constitución ha dado lugar á muchas discusiones.

Rodeando ó bordando estos grandes espacios se hallan una ó varias capas de células aplanadas, con granulaciones amarillas, dejando ver las masas hyalinas, diseminadas en su interior de trecho en trecho, estrias, fibras y algunos corpúsculos.

Este contenido hyalino de las lagunas no es otra cosa, que fibras conjuntivas y células epiteliales que han sufrido esa clase de degeneración.

Ordoñez y sus discípulos consideraban á estas fibras y célu-

las hyalínicas como parásitos, Wecker consideraba estas masas hyalinas como el resultado de una producción cartilaginosa de las células del tumor.

Wolckman, Tomenassi, Arnani las consideraban tan solo como el producto de la degenación celular, pero no son sinó el resultado de ambos elementos degenerados (células y fibras) como piensan Billroth, Cirincione y otros.

El tejido conjuntivo que rodea el tumor y el que constituye su trama parece ser el mismo de la región en que el cilindroma se desarrolla, así piensa Rauvier, cuando describe estos tumores.

Los carácteres de este tejido conjuntivo, son el ser muy laxo y no adquirir vinculaciones de consistencia con los órganos periféricos, de ahí la gran facilidad con que se pueden enuclear.

En cuanto á su frecuencia, es más común de lo que aparentemente parece, porque pasa desapercibido, con diagnósticos muy variados, Fromaget por ejemplo lo denomina epitelioma tubuloso de la glándula lagrimal; Scott Warthin describe un cilindroma como Myxo-chondro-endotelioma; Ziegles los llama epiteliomas cilindromatosos ó sarcomas con degeneración coloide.

Lagrange al describir los mixo-sarcomas trae un párrafo sobre los cilindromas diciendo que es el endotelioma hyalogeno de Klebs, el que se ha descrito con el nombre de cilindroma y que tiene su origen en los territorios sanguíneos y linfáticos, resultando á no dudar de la proliferación endote-

lial en columnas bastante regulares de células tapizando la pared externa de los vasos (periteliomas de Hildebrandt), después de una descripción de lo que es un cilindroma concluye diciendo que bajo el punto de vista químico, lo mismo que piensa Drienen, en 1902, se encuentra glicogeno lo que explicaría la malignidad del tumor y no encuentra diferencia notable entre el cilindroma, el sarcoma alveolar, el sarcoma carcinomatoso y los sarcomas endoteliales. Como se vé ¿cuántos cilindromas habrán sido descritos bajo estos nombres?

El caso que refiere Dupuy-Dutemps (Soc. franc. d'opthalmologie 1903) de un hombre de 31 años cuyo tumor examinado fué diagnosticado como un epitelioma con degeneración coloide, no puede menos de afirmarse que se trate de un cilindroma dada la descripción de su histología.

Otto Beckert en la Revue d'ophtalmologie de Viena página 162 describe un tumor de órbita con todos los caracteres de un cilindroma y en la "Rapport sur la clinique ophtalmol. de l'universite de Viene" describe otro caso que dice así: al miscrocopio se vé la glándula en degeneración, en el centro alveolos llenos de una substancia coloide, aprisionados en una masa de tejido conjuntivo y separado en partes de este por una membrana basal" y para explicar la formación de estas dilataciones dice: "estos alveolos han sido producidos de dos maneras: por el crecimiento de los glóbulos glandulares ó por la proliferación de los corpúsculos de tejido conjuntivo".

He leído seis casos más, que son otros seis cilindromas, clasificados con diversos diagnósticos, por Gluge, Lebert, Warlomont, Rolhmund, Fano, y Knapp.

En una tesis de París del año 1870 por Lantereau, se habla de un mixoma de la glándula lagrimal que no es más que un cilindroma con degeneración hyalina y predominio de mucosa.

Al lado de todos estos errores de dignóstico, encuentro casos perfectamente estudiados como el del doctor E. B. Demaría que ya he citado al hablar de la anatomía patológica de los cilindromas.

Existe una gran analogía en su constitución histológica con el caso que motiva esta tesis, su descripción completa puede leerse en la "Revista de la Sociedad Médica Argentina", tomo XII, página 540.

Unas cuantas palabras diré de este trabajo.

De menor tamaño, que el cilindroma de que me ocupo, mide solamente cuatro centímetros y medio en su diámetro mayor, estando dividido en cuatro grandes compartimentos principales, por las bridas de tejido conjuntivo que emite al interior del tumor el tejido de esta misma constitución que lo rodea; estas cabidades están divididas á su vez en otras más pequeñas, de las cuales algunas más chicas aún, contienen nidos celulares. Existen vasos sanguíneos y linfáticos. En cuanto á la glándula se reconoce muy poco, sin embargo dentro del tumor se notan algunos conductos glandulares con epitelio característico y recubiertos por una espesa capa de tejido conjuntivo, solo quedan dos mínimas partes ambas colocadas por debajo de la cápsula conjuntiva.

En la mayoría de los cilindromas, la glándula lagrimal

ha desaparecido debido á que todas sus partes han ido poco á poco transformándose en tumor; esto lo hacen notar Lapersonne y Mettey al describir un cilindroma de la órbita y á pesar de que en los cortes no han encontrado ni rastros de la constitución glandular, ellos creen que es su origen la glándula lagrimal; lo mismo que Moissonnier en caso que publica el año 1903, declara no haber encontrado glándula siendo cilindroma lagrimal.

Diamont, Fromaget, Rogman en sus descripciones no dicen haber encontrado restos de glándula al examinar sus cilindromas.

Como podrá verse en la descripción de la histología patológica que hago del cilindroma que me ocupa, tampoco existe glándula lagrimal.

CAPITULO V

Nada hasta el presente se ha hecho y no creo que se emplée tampoco ningún medicamento, para combatir con éxito, toda esa serie de tumores que pueden desarrollarse en la órbita; solamente en los pseudo tumores, producidos por la sífilis, la tuberculosis, etc. y en el caso de dudas podría tentarse algún tratamiento, pero en el caso de estar seguro de que se trata de un tumor, no queda otro medio que el operatorio.

Prescindiré de los tratamientos y métodos operatorios de los demás tumores, concentrándome tan solo á describir los más prácticos, que se ejecutan para los tumores de glándula lagrimal.

Considerando la topografía de la región de la glándula lagrimal puede notarse que las vías más cortas para llegar á ésta son las anteriores y éstas son la vía conjuntival y la transparpebral.

La elección de estas vías se hace consultando con el tamaño del tumor, la vía conjuntival para los pequeños tumorcitos é intervenciones en general sobre la glándula lagrimal

palpebral (extirpación en el lagrimeo) y la vía transparpebral para los tumores de mayor tamaño ó que estén colocados más profundamente en la órbita.

La vía conjuntival, pues es la más práctica, más corta y que no deja cicatrices y lo que uno debe tener presente en general en la especialidad, es no afectar la estética con cicatrices que podían haberse evitado, criterio que he visto observar y he observado en todas estas intervenciones, durante el tiempo que fuí practicante del profesor Demaría.

El dispositivo es muy sencillo: después de lavar y de anestesiar (cocaina al 2 por ciento cuatro ó cinco gotas) la conjuntiva, se invierte el párpado superior, se toma con una pinza, que no aprete mucho, la parte más externa del tarso, se vuelve á invertir la pinza y se entrega á un ayudante. Se presenta entonces á nuestros ojos el fondo de saco superior, perfectamente accesible. Inyéctanse unas cuantas gotas de una mezcla de adrenalina y cocaina en la parte externa y superior del fondo de saco que es donde debe hacer hernia el tumor; se espera un momento para que esté bien insensible y se toma con una pinza de dientes de ratón, la conjuntiva se tira suavemente y con una tijera se hace una brecha, el tumor aparece rodeado de tejido conjuntivo laxo, se procede á enuclearlo con una sonda ó con una tijera roma. El tumor sacado se sutura la conjuntiva con uno ó varios puntos aislados de seda y se saca la pinza del párpado, vendando después el ojo. Al día siguiente, se sacan las suturas porque la conjuntiva cicatriza rápidamente por primera.

Cuando se trata de un tumor más grande que no es accecible por esta vía, hemos usado la vía transparpebral.

Anestesia, cocaina y adrenalina. Se lava; y se afeita la ceja; se incinde la piel siguiendo una línea que pase por la misma ceja y sobre el reborde orbitario, de adentro afuera, cuya longitud depende del tumor á extirpar, empezando en la extremidad interna del tercio externo del reborde orbitario y prolongándola hacia afuera.

Cuidando no irse muy adentro al inclinar el orbicular, para evitar de lesionar al elevador del párpado superior que podía dejar una ptosis irreparable. Se abre bien la brecha y se procede á extirpar el tumor.

Se sutura, no con puntos separados, sino con sutura subdérmica con un hilo de seda, dejando un pequeño drenaje, que al día siguiente se saca. Esta sutura no deja cicatriz y en el servicio del Hospital Español es la que se prefiere en cara.

En el caso que presento, no se podían hacer estos procedimientos por ser muy voluminoso el tumor y además había que cortar por lo sano, como se dice vulgarmente y se hizo una exenteración de la órbita.

La descripción de la operación está al fin de la historia, donde puede leerse.

ADOLFO D. CISTERNA.

Buenos Aires, Agosto 18 de 1909.

Buenos Aires, Agosto 23-909.

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 presente tesis de acuerdo con el art. 4 de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON.

R. L. Gómez.
Secretario

Buenos Aires, Septiembre 17-909.

Habiendo la comisión que suscribe, encargada de dictaminar respecto de la presente tesis, aconsejado su aceptación, según consta en el acta número 2085 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza en vigencia.

E. BAZTERRICA.

R. L. Gómez.
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Diagnóstico diferencial con las afecciones de los senos frontales.

Eduardo Obejero.

Patogenia de las neuritis y atrofias papilares en los tumores orbitarios.

Lagleyze.

Fisio-patología de la secreción lagrimal.

Teófilo A. Moret.