

1218

1905-

ALGUMAS PALAVRAS

SOBRE

DACRYOCYSTITE LACRYMAL AGUDA PRIMITIVA

12415 EMC

Joaquim Francisco Alves

N.º 5

ALGUMAS PALAVRAS

SOBRE

DACRYOCYSTITE LACRYMAL AGUDA PRIMITIVA

(A PROPOSITO d'um CASO CLINICO)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

Typ. a vapor do PORTO MEDICO
Praça da Batalha, 12-a

MCMV

124/5 ENC

ESCOLA MEDICA CIRURGICA DO PORTO

ALFREDO DE MAGALHÃES

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Escola, de 23 d'abril de 1840, artigo 155.º)

Á saudosa memoria

de meu Pae

Este é o segundo dos filhos que n'este trabalho quer revelar a saudade, já que não póde beijar-vos entre lagrimas de satisfação.

A minha Mãe

O meu jubilo é nullo comparado ao do coração materno.

Quem muito sente, muito quer.

Aos meus irmãos

Mancel

José

Francisco

A cada um de vós um abraço sincero do vosso irmão

Joaquim

Aos meus parentes

Aos meus conterraneos

A todos eu desejaria especialisar.

Aos meus contemporaneos

Á saudosa memoria

dos meus ex-condiscipulos

Luiz Filippe Gavião Felix

Antonio Ferreira da Silva e Sá Junior

Antonio Feliciano Soares

Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

DR. JOSÉ PEDRO TEIXEIRA

Muito grato

Aos Ill.^{mos} e Ex.^{mos} Snrs.

Luiz Lopes Vieira

João da Silva Ferreira

Antonio de Magalhães Junior

Faustino Alves Vieira

Joaquim Lopes da Cruz

P.^o Joaquim Pereira Gonçalves

P.^o Joaquim José Pereira

Aos meus amigos

em especial a

Joaquim Patricio
Manoel Lopes Boavida
Carlos Faure
Antonio Nunes d'Abreu
Ernesto Antonio de Sá
Hermenegildo das Neves e Souza
José Faria da Cruz
José Nunes d'Almeida
P.^e João Lopes Soares
Adriano da Costa e Souza
José da Costa e Souza
P.^e João Maria d'Assis Gomes
José Pinto da Silva
José da Costa Lima

Um abraço

Ao meu conterraneo

o Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

BARÃO DO SALGUEIRO

Aos meus condiscipulos

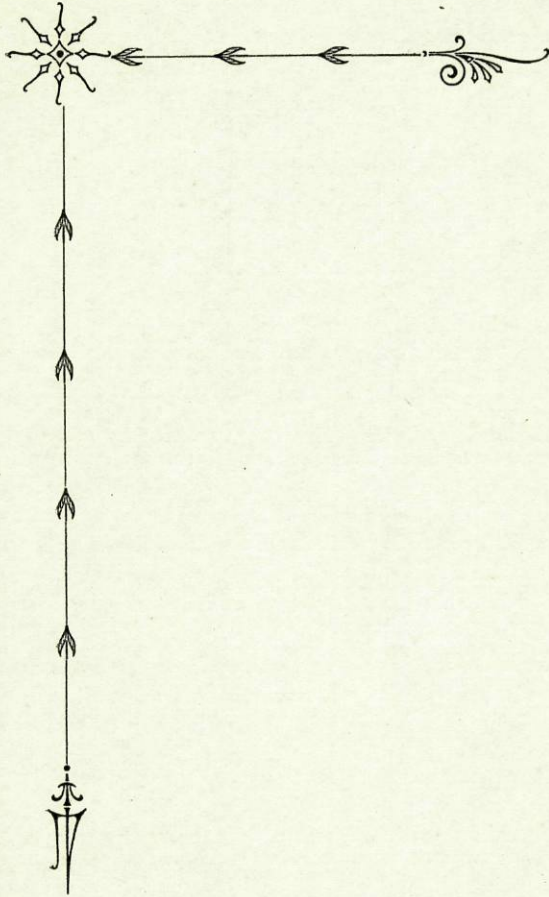
Sem especialisar

Ao meu presidente de these

o Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Dr. João Lopes da Silva Martins Junior

Preito d'homenagem ao seu profundo ta-
lento e vasto saber.



INTRODUÇÃO

Entende-se sob o nome de dacryocystite aguda primitiva, a inflamação aguda do sacco lacrymal, complicada de phlegmão peri-ystico, sobrevindo bruscamente em individuos que nunca antes apresentaram signaes d'affecção chronica das vias lacrymaes.

A dacryocystite aguda, é consecutiva, na grande maioria dos casos, a uma epiphora anterior. É no curso d'uma blennorrhœa chronica do sacco, e sob a influencia d'uma infecção anterior, que se veem desenvolver os phenomenos inflammatorios com o seu cortejo symptomatico.

«É muito excepcional, diz Panas, que a suppuração se estabeleça d'emblée, excepto em certas pyrexias, variola ou escarlatina. É sempre nos individuos atacados de epiphora com blennorrhœa do sacco que, espontaneamente ou depois de traumatismo, resfriamento ou catheterismo compli-

cado de falso trajecto, apparece egual estado phlegmonoso.

Para Fuchs, a dacryocystite provém tambem d'uma blennorrhœa do sacco: «só em casos raros, diz elle, é que a carie do osso unguis dá logar a uma dacryocystite».

Da mesma maneira Wecker e Landolt, no seu «Tratado de ophtalmologia», attribuem a dacryocystite a um antigo catarrho lacrymal, e na sua estatística sobre a pathogenia da dacryocystite, Foucher, chega ás mesmas conclusões; nos casos observados por este ultimo auctor, os phenomenos inflammatorios agudos sobreveem seis annos em media depois do começo da epiphora.

É portanto evidente que, em regra geral, a dacryocystite aguda é sempre precedida d'uma infecção chronica das vias lacrymaes.

Mas esta regra pode soffrer excepção; o sacco lacrymal pode infectar-se primitivamente, e no decorrer d'este anno lectivo tendo tido occasião de observar um exemplo typico, não hesitamos em fazel-o assumpto da nossa these.

Julgamos, todavia, que casos analogos a este devem ser relativamente frequentes; seremos felizes se o nosso trabalho, que não pode ter a pretensão de ser completo, servir sómente para chamar a attenção dos clinicos sobre esta forma rara de dacryocystite.

Que a minha boa vontade pois, já que mais nada posso invocar, me sirva de recommendação á benevolencia dos ex.^{mos} professores constituintes do jury que hade julgar esta nossa ultima prova.

CAPITULO I

Descripção das vias lacrymaes

Antes de entrar no assumpto que faz objecto d'esta dissertação, julgo conveniente expôr algumas palavras sobre a anatomia das vias lacrymaes.

As vias lacrymaes comprehendem:

- 1.º— O lago lacrymal;
- 2.º— Os pontos lacrymaes;
- 3.º— Os canaliculos lacrymaes;
- 4.º— O sacco lacrymal;
- 5.º— O canal nasal.

CONFORMAÇÃO EXTERIOR E INTERIOR; RELAÇÕES.

Lago lacrymal. Dá-se o nome de lago lacrymal a um pequeno espaço triangular que se encontra comprehen-

dido entre a parte interna das duas palpebras, mais exactamente entre a porção desprovida de celhas de cada bordo palpebral.

É limitado, para dentro, pelo angulo de reunião das palpebras; para fóra, é limitado, d'uma maneira completamente convencional, pelos dois tuberculos lacrymaes e pela linha vertical que os une.

Na ariá do lago lacrymal, encontra-se a caruncula lacrymal, e para fóra d'ella, a prega semi-lunar.

Pontos lacrymaes. Os pontos lacrymaes são dois pequenos orificios circulares que occupam o vertice dos tuberculos lacrymaes.

Distinguem-se, como os proprios tuberculos, em superior e inferior.

O superior, é um pouco mais largo que o inferior, tem de largura $\frac{1}{4}$ de millimetro de diametro, emquanto que o inferior tem apenas $\frac{1}{3}$ de millimetro.

Os dois orificios occupam o labio posterior do bordo livre e olham ambos para traz, de maneira que, para os perceber, é preciso voltar as palpebras para fóra.

Mergulham constantemente no lago lacrymal, quer as palpebras estejam afastadas, quer approximadas. Estão tambem sempre abertos, devido a um anel fibro-cartilagineo que os cerca.

Estando o ponto superior situado um pouco mais

para dentro que o inferior, os dois pontos encontram-se justapostos e não sobrepostos durante a occlusão das palpebras.

Canaliculos lacrymaes. Os canaliculos lacrymaes succedem aos pontos lacrymaes e occupam toda a porção lacrymal do bordo livre das palpebras.

Offerecem duas partes bem distinctas: uma primeira lacrymal muito curta, mede 2 millimetros; é vertical, de baixo para cima para o superior, de cima para baixo para o inferior; uma segunda parte, muito mais comprida (5 a 6 millimetros), é horisontal para o inferior e ligeiramente obliqua para baixo e para dentro para o superior.

A porção vertical apresenta duas dilatações, separadas uma da outra por uma parte retrahida: uma primeira dilatação fusiforme, ou piriforme situada immediatamente além do ponto lacrymal, e que corresponde á parte mais retrahida das vias lacrymaes, chamada *angustia de Gerlach*, mede apenas 1 millimetro de diametro; uma segunda dilatação, mais larga e em fundo de sacco, corresponde á base do tuberculo lacrymal.

A porção horisontal é regularmente cylindrica e costeada na parte posterior pelos feixes do musculo de Horner.

Estas fibras musculares teem uma direcção longitudinal parallela á propria direcção do canaliculo, chegadas á base do tuberculo lacrymal formam ansas, cuja conca-

vidade abraça a base da empola que fórma a porção vertical do canaliculo.

Formam pelo seu conjuncto uma especie de esphincter que, no momento das contracções do orbicular, produz o retrahimento e mesmo a occlusão da porção do canaliculo lacrymal situada abaixo d'elle.

Reunião dos dois canaliculos, sua embocadura no sacco lacrymal. Os dois canaliculos lacrymaes, reúnem-se ordinariamente um pouco antes de attingir o sacco lacrymal e abrem-se então n'esse reservatorio por um orificio commum. A independencia reciproca d'esses dois canaliculos e a sua abertura no sacco lacrymal por dois orificios distinctos é uma disposição mais rara.

O canal unico, resultante da reunião dos dois canaliculos, apresenta, como estes ultimos, uma direcção horizontal: mede, segundo as pessoas, de 1 a 3 millimetros de comprimento, caminha atraz do ligamento palpebral interno e abre-se no sacco lacrymal, não exactamente no seu lado externo, mas um pouco para traz, como o estabeleceram as observações de Lesshaft.

Sacco lacrymal. O sacco lacrimal que Tillaux comparou a um cæcum e que recebe, como o cæcum recebe o intestino delgado, o tronco commum dos dois canaliculos lacrymaes, é um reservatorio membranoso situado sobre o lado interno da base da orbita.

Está alojado n'uma gotteira ossea, limitado adiante e atraz por cristas pertencendo a primeira ao ramo montante do maxillar, a segunda ao osso unguis.

Esta gotteira é bastante profunda para conter a metade posterior e interna do sacco, de maneira que não é accessivel ao exterior senão pela sua metade anterior e externa. A sua forma é a d'um cylindro cujo grande eixo, approximando-se muito da direcção vertical, é comtudo um pouco obliquo de cima para baixo, de diante para traz e de fora para dentro. Não é completamente rectilineo, mas descreve uma ligeira curva de concavidade posterior. A sua altura attinge de 11 a 15 millimetros, o seu diametro antero-posterior é de 6 a 7 millimetros. É ligeiramente achatado de dentro para fora, e quando está distendido, o tendão do orbicular, que o cruza adiante, oppõe-se a uma distensão uniforme. As dimensões do sacco estão longe de ser as mesmas em todas as pessoas; variam em grandes proporções e estão além d'isso em relação com as dimensões da face, as quaes differem em cada individuo.

As relações do sacco com as regiões vizinhas são muito importantes, e são ellas que nós explicarão a marcha da inflammação nas dacryocystites agudas.

Adiante, é coberto pela pelle, tecido cellullar e tendão do orbicular.

Este tendão cruza transversalmente o sacco e di-

vide-o em duas partes desiguaes, a superior sendo a mais pequena, na grande maioria dos casos.

D'ahi resulta que no tumor lacrymal, a saliencia estará situada abaixo do tendão; é ahi que deverá sempre ser dada a incisão.

Excepcionalmente, o tendão passa adiante da parte média do reservatorio membranoso, e este ultimo assim apertado no seu meio, apresentará, nos casos de distensão, a disposição chamada em ampulheta. Este facto é importante sob o ponto de vista da intervenção, porque é evidente que para ter uma abertura sufficiente, será absolutamente necessario cortar este tendão.

Voltarei, de resto, a este ponto a proposito do tratamento.

Independente d'este tendão directo, existe um outro que passa atraz do sacco e vae inserir-se á crista do unguis: é o tendão reflectido.

Este tendão dá inserção a um pequeno musculo, o musculô de Horner, que lhe passa por traz.

O tendão directo e o tendão reflectido, que é muito menos resistente, circumscrevem, passando adiante e atraz do sacco lacrymal, um espaço affectando, sobre um córte horisontal, a forma d'um < cuja base é dirigida para dentro e o vertice para fora.

O vertice corresponde á commissura interna das palpebras.

O sacco lacrymal e suas dependencias não fazem

de maneira alguma parte do conteúdo da orbita. Estão separados d'ella pela aponevrose orbitaria, ou septo orbital, que não se fixa á base da orbita, mas passa atraz do musculo de Horner, para se continuar com o periosseo atraz da inserção d'esse musculo ao unguis. Esta aponevrose assim estendida entre o sacco e a orbita é uma barreira á infecção. Isto explica a raridade relativa dos ataques inflammatorios do lado da orbita, complicação sempre grave e seguida algumas vezes da abolição da visão.

O sacco é cercado de tecido cellular, sobretudo adiante e na parte externa.

Este tecido cellular existe tambem na parte posterior e interna.

Robin e Cadiat mostraram, effectivamente, que entre o periosseo que cobre o canal osseo e o sacco, existe uma camada de tecido cellular mais ou menos delgada, mas por toda a parte bem distincta pela sua estrutura, quer do periosseo, d'uma parte, quer da mucosa, da outra. Todavia, este tecido interposto é tenaz, pouco extensivel, e quando se tiram as partes molles á face interna do canal naso-lacrymal, vê-se sobre córtes que o periosseo se destaca facilmente do osso, e que é elle, e não o tecido cellular que cedeu primeiro.

Muito outra é a disposição que se encontra para diante e para dentro do sacco. Ahi, o tecido cellular é mais laxo, e une menos intimamente o sacco ao plano

subjacente, deixa-se mais facilmente distender e é n'esta região assim predisposta que se collectará o pus nas inflamações agudas das vias lacrymaes.

Esta disposição anatomica lembra, até certo ponto, a disposição que se encontra adiante da bexiga, onde existe, sob o nome improprio de cavidade de Retzius, um espaço cheio por tecido cellular muito laxo que permite ao pús collectar-se nos casos de inflamação phlegmonosa prevesical.

Canal nasal. O canal nasal succede ao sacco lacrymal e vae abrir-se, d'outra parte, no meato inferior das fossas nasaes.

O canal nasal não tem por esqueleto uma simples gotteira ossea, como o sacco lacrymal. Está alojado n'um estreito canal, constituido para fora pela apophyse montante do máxillar superior, para dentro pelo osso unguis e pelo corneto inferior; faz, sobre a parede anterior do seio maxillar, uma saliencia muito apreciavel.

O seu comprimento, variavel conforme a sua parte inferior termina no vertice do meato ou se prolonga algum tempo por baixo da mucosa, para se abrir na parede externa das fossas nasaes, oscilla d'ordinario entre 12 e 16 millimetros.

Como o sacco lacrymal, tem uma forma quasi cylindrica. Devemos notar, comtudo, que elle é ligeira-

mente achatado de fora para dentro e que é um pouco mais largo para baixo do que para cima.

Segundo Beraud, o seu diametro transversal mede 2 millimetros e o seu diametro antero-posterior 3 millimetros.

Direcção. O canal nasal continúa primeiramente a direcção do sacco lacrymal, depois curva-se pouco a pouco sobre si mesmo para se dirigir para baixo, para traz e para dentro, descrevendo no seu conjuncto uma ligeira curva, cuja convexidade olha para diante, para baixo e um pouco para fora.

O canal nasal apresenta portanto com a vertical um duplo afastamento, um no sentido transversal ou lateral, outro no sentido antero-posterior.

O afastamento no sentido transversal é muito pequeno e faz-se, segundo as pessoas, umas vezes para dentro, outras para fora, isto é, o orificio inferior do canal é em relação ao seu orificio superior, umas vezes interno, outras vezes externo.

As variações individuaes que se encontram dependem da relação variavel que existe entre a largura das fossas nasaes medidas ao nivel do meato inferior.

O afastamento no sentido antero posterior é sempre mais pronunciado; mas apresenta como elle, grandes variações individuaes.

O angulo que o mede e que é formado, d'uma

parte, pela vertical, d'outra parte, pelo eixo do canal, oscilla ordinariamente entre 15º a 25º.

Orificio inferior. O orificio inferior do canal nasal, que muito importa conhecer sob o ponto de vista do catheterismo, está infelizmente sujeito a variações de situação e de fórma que são muito numerosas.

Admitte-se ordinariamente que o canal nasal se abre no meato inferior, na reunião do seu quarto anterior com os seus tres quartos posteriores, a 30 millimetros pouco mais ou menos da aza do nariz correspondente.

Mas ainda que estes dados fossem constantes, não seriam sempre sufficientes para permittir a introducção facil d'uma sonda no orificio em questão: porque este orificio abre-se, segundo os casos, umas vezes no vertice do meato, outras vezes (e é a disposição mais frequente) abaixo d'este vertice, sobre a parede externa das fossas nasaes. Ora, n'este ultimo caso, póde afastar-se do vertice do meato, no sentido vertical, de 1 a 12 millimetros.

Tem-se visto, n'alguns individuos, descer até alguns millimetros sómente do pavimento das fossas nasaes.

Quanto á sua fórma, o orificio inferior do canal nasal é ordinariamente circular quando occupa o vertice do meato inferior. Quando pelo contrario, elle se abre sobre a parede externa das fossas nasaes, é

ovalar, de grande eixo vertical ou obliquo, e prolonga-se ordinariamente, sobre esta parede, n'uma gotteira mais ou menos profunda, sulco lacrymal de Verga, que se dirige verticalmente para baixo ou ainda obliquamente para baixo e para traz.

N'um grao de alongamento vertical mais pronunciado, o orificio ovalar torna-se uma simples fenda, com um labio anterior e um labio posterior quasi sempre muito approximados ou mesmo juxtapostos.

Estructura das vias lacrymaes. As vias lacrymaes não são na realidade constituídas por uma só tunica. Esta mucosa, que se poderia chamar mucosa lacrymal, liga-se em cima, ao nivel dos pontos lacrymaes com a conjunctiva; em baixo confunde-se, ao nivel do orificio inferior do canal nasal, com a porção da membrana pituitaria que reveste o meato inferior.

É reforçada, sobre os canaliculos lacrymaes, pelo tecido conjunctivo do bordo das palpebras e pelos feixes do musculo de Horner. A parede do sacco lacrymal é reforçada, tambem, ao nivel da gotteira lacrymo-nasal, pelo periosseo orbitario, que lhe adhire por meio d'um tecido connectivo laxo. Esta camada de tecido connectivo submucoso prolonga-se em seguida sobre toda a superficie do sacco que não está em relação com o periosseo, tomando algumas vezes uma maior espessura e uma textura muito mais apertada.

A mesma disposição se encontra no canal nasal.

Histologicamente, a mucosa dos canaliculos lacrymaes compõe-se d'um chorion muito rico em fibras elasticas (tunica propria de Schwalbe), tapetado no seu interior por um epithelio pavimentoso estratificado. Este epithelio compõe-se de dez a doze camadas de cellulas sobrepostas umas ás outras: as mais profundas, as que repoisam directamente sobre o chorion, são cylindricas como na epiderme; as medias são esphericas; as superficiaes, mais ou menos achatadas. A mucosa do sacco lacrymal e do canal nasal, muito differente da dos canaliculos lacrymaes, reveste bruscamente os caracteres histologicos da pituitaria: a sua camada profunda ou chorion é fortemente infiltrada de corpusculos lymphoides; a sua camada superficial ou epithelial é formada de cellulas cylindricas, de celhas vibrateis. Estas cellulas adelgamam-se na sua extremidade basal e interceptam assim entre si espaços livres, onde se encontram cellulas mais pequenas e de forma espherica (cellulas basaes) cuja significação é ainda mal conhecida. São da mesma natureza que as cellulas basaes da pituitaria.

Glandulas das vias lacrymaes. Todos os histologistas estão de accordo em admittir na mucosa lacrymo-nasal glandulas mucosas analogas ás da pituitaria.

Mas existem as maiores divergencias emquanto á sua repartição topographica.

Maier descreve glandulas ao mesmo tempo no sacco lacrymal e no canal nasal, Sappey rejeita formalmente as glandulas do sacco lacrymal e não as descreve senão na parte inferior do canal lacrymal.

Finalmente Walzberg, Robin e Cadiat, restringindo ainda o dominio dessas glandulas, não admittem a sua existencia senão na parte inferior do canal nasal, por consequencia na vizinhança da pituitaria.

Valvulas. Contrariamente a certas mucosas, que são lisas, a mucosa lacrymo-nasal apresenta de longe a longe pregas transversaes, que fazem saliencia para o interior e retrahem a luz do canal percorrido pelas lagrimas.

Estas pregas da mucosa, são muito variaveis pela sua forma, situação, direcção e desenvolvimento. Quasi sempre são pouco accentuadas, semi-lunares, occupando apenas uma parte da circumferencia do canal. Ás vezes, contudo, occupam todo o contorno, affectando então a forma d'uma especie de diaphragma furado no centro.

Entre as numerosas valvulas que teem sido descritas desde os pontos lacrymaes até ao orificio inferior do canal nasal, ha cinco principaes que são, indo de cima para baixo:

1.º a valvula de Bochdaleck, situada ao nivel do ponto lacrymal ou, mais exactamente, ao nivel da angustia de Gerlach;

2.º a valvula de Rosenmüller, ainda chamada valvula de Huschke, situada no ponto de embocadura dos canaliculos lacrymaes na parte externa do sacco;

3.º a valvula de Beraud ou valvula de Kranse, situada no limite do sacco lacrymal e do canal nasal;

4.º a valvula de Taillefer, que occupa a parte média do canal nasal;

5.º finalmente, a valvula de Hasner, situada no orificio inferior do canal nasal.

Esta ultima prega observa-se nos casos em que o canal nasal, se abre na parede externa do meato.

VASOS E NERVOS DAS VIAS LACRYMAES. Arterias. As arterias destinadas ao sacco lacrymal e ao canal nasal proveem da palpebral inferior e da nasal, ramos da ophthalmica.

Veias. Na camada fibrosa que forma o involucro do sacco, não encontramos as veias numerosas que se encontram no tecido sub-mucoso do canal nasal.

Seguem, todavia, atravez d'esta camada fibrosa arteriolas e veinulas ganhando a face profunda da mucosa. Nos casos de inflammação aguda, estes vasos poderão ser a séde de phlebites e periphlebites, que darão origem, no tecido cellular precedentemente descripto, á pericystite, sem que seja necessario invocar uma lesão anterior das paredes do sacco, uma arranhadura

da mucosa, ou mesmo uma simples descamação epithelial.

No canal nasal, Robin e Cadiat, descrevem uma rêde venosa muito rica. Este plexo venoso apresenta um aspecto cavernoso quasi tão pronunciado, como o que se vê na pituitaria dos cornetos; pode gosar um papel importante na pathogenia das infecções agudas das vias lacrymaes, congestionando-se e permittindo a obstrucção, d'uma maneira mecanica, do canal nasal já retrahido e de todo prestes a infectar-se.

Lymphaticos. — Na mucosa do sacco e do canal nasal, existe um grande numero de folliculos lymphaticos, que poderão tambem constituir uma via de propagação de germens infecciosos. As lymphangites e as peri-lymphangites levarão ao tecido cellular circumvizinho os microbios desenvolvidos no sacco e no canal, dando logar a pericystite.

Nervos. — Os nervos, constituidos por filetes finos, proveem do nasal externo, ramo do ophtalmico.

CAPITULO II

Etiologia

Condições anatomicas que favorecem a infecção.
Tendo descripto rapidamente a anatomia normal das vias lacrymaes, vamos expôr quaes as condições que, modificando a estructura ou as dimensões, quer do sacco, quer do canal nasal, podem explicar a apparição subita d'uma dacryocystite aguda.

Antes de analysar os notaveis trabalhos de Rochon Duvigneand, e os mais recentes de Tartuferi, que vieram esclarecer esta questão de pathogenia, é preciso procurar nas causas geraes d'uma blennorrhœa chronica, d'um catarrho do sacco, as mais especiaes que, pelos seus caracteres, devem chamar a nossa attenção.

Entre as causas predisponentes da dacryocystite, têm-se citado, desde ha muito tempo já, as deformações esqueleticas da face.

O afastamento exaggerado dos dois angulos internos dos olhos em consequencia do achatamento dos ossos do nariz, tal como se observa na raça mongolica, foi assignalado por Arit; e o doente que fez objecto da nossa observação apresentava justamente e d'uma maneira muito evidente esta disposição particular.

No typo diametralmente opposto, proprio da raça israelita, Wecker diz ter notado que as affecções lacrymaes se revelam com uma frequencia exaggerada. Esta disposição é caracterisada por uma forte saliencia dos ossos propios do nariz, junto a uma grande profundidade do cavado infra-orbitario.

No primeiro caso, o canal nasal apresenta um achatamento antero-posterior; no segundo, um achatamento lateral que um e outro teriam por effeito de lhe diminuir o calibre.

É sem duvida por uma estreiteza congenita do canal nasal esquerdo que podemos explicar tambem a predilecção das affecções lacrymaes para este lado. Esta predilecção é evidente; Foucher cita-a na sua estatistica e Serres explica-a justamente por uma diminuição de calibre do canal nasal esquerdo.

As doenças das vias lacrymaes são mais frequentes na mulher que no homem. Todos os auctores mencionam essa frequencia.

É possivel admittir, tendo em conta as questões de terreno, que esta constatação encontre a sua explicação

n'este facto: que sendo o esqueleto da face menos desenvolvido nas mulheres que nos homens, os diametros das vias lacrymaes sejam naturalmente menores nas primeiras.

Expostos uns e outros ás mesmas causas de infecção, claro é que as mulheres estarão mais predispostas ás dacryocystites, por esta disposição anatomica. Indo mais longe e considerando a rica rêde venosa que cerca o canal nasal, poderemos talvez explicar, com Pariunad, pelos phenomenos congestivos da menstruação ou da menopausa, certas dacryocystites que sobreveem ás mulheres que teem sem duvida antes um canal apertado.

Sem insistir mais sobre hypotheses, é obvio que esta diminuição do calibre do canal nasal pôde resultar algumas vezes d'uma causa exterior a este conducto; um tumor desenvolvido nas fossas nasaes, na pharynge, no seio maxillar; uma fractura, uma exostose ou uma necrose dos ossos vizinhos poderão, sobrevindo entre individuos de vias lacrymaes antes normaes, reduzir os diametros d'estas, ou pelo menos modificar a direcção; predispõem o individuo a crear mais facilmente n'uns que n'outros, uma infecção aguda do sacco. Na mesma ordem de ideias uma placa lupica residindo sobre a pelle da região vizinha do aparelho lacrymal, poderá, por meio de retracções cicatriciaes, modificar o calibre do sacco ou do canal.

Mas estas anomalias do canal nasal, estas variedades de aspecto que se encontram em certos canaes, algumas vezes mesmo entre os dois canaes do mesmo individuo, tem sido bem estudadas por Rochon-Duvigneaud e Tartuferi. Estes mostram-nos a variedade de aspecto que apresentam as vias lacrymaes no feto e no recém-nascido, e fazem-nos vêr por cortes feitos nas vias lacrymaes d'adultos que estas complicações congenitae persistem algumas vezes. Permite-nos assim explicar pela anatomia e encontrar uma logica nos casos de dacryocystites agudas primitivas.

No feto, Rochon-Duvigneaud diz, «a extremidade inferior do canal nasal curva-se sobre a linha media em forma de coronha de pistola. Á medida que o maxillar superior se desenvolve em altura, o canal nasal endireita-se progressivamente, mas na origem guarda ainda alguma coisa da curvatura primitiva, d'onde a necessidade, para praticar o catheterismo no recém-nascido, de dar ao estilete de Bowman uma ligeira curvatura que permita seguir o eixo do canal».

É fora de duvida que o canal nasal não está completamente direito senão no momento da puberdade em que, segundo Tillaux, toma um desenvolvimento consideravel.

É preciso notar que o canal nasal, cuja parede interna faz saliencia no seio do adulto, na creança está separada do seio rudimentar por uma espessura consi-

deravel de tecido. É o seio que, dilatando-se progressivamente, vem no fim de contas pôr-se em contacto com o sacco lacrymal.

Esta curvatura do canal nasal do feto algumas vezes persiste ainda depois do nascimento. Quando este estado persiste nos annos futuros, será uma causa predisponente á obstrucção entre as pessoas novas.

Podemos encontrar imperfurações completas em toda a altura do canal nasal? Rochon Duvigneaud mostra-nos pelo desenvolvimento embryogenico das vias lacrymaes, que esta particularidade é impossivel. « O canal lacrymo-nasal, diz elle, depois de ter começado por uma gotteira exodermica, transforma-se n'um cordão epithelial cheio, enterrado na região naso-maxillar e terminado durante muito tempo em fundo de sacco para o meato inferior no qual deve definitivamente abrir-se. Quando se cava d'uma cavidade central, esta é necessariamente continua como o proprio cordão epithelial.

Mas concebe-se que possa ficar durante muito tempo fechado do lado das fossas nasaes com as quaes está primitivamente sem communicacção: Não é preciso portanto esperar que se encontrem imperfurações sobre o trajecto do canal naso-lacrymal; emquanto que, pelo contrario, a occlusão da sua extremidade inferior é a regra até ao nascimento ».

Esta obstrucção das vias lacrymaes do recém-nascido é a causa primeira das dacryocystites congenitas.

A infecção secundaria do conteúdo gelatinoso determina os phenomenos inflammatorios, e se estes ultimos são quasi sempre benignos, se elles cedem a um só catheterismo, é por que n'estes casos a obstrucção é tudo e o processo infeccioso pouca coisa.

Quando tratamos de adultos, entre os quaes as causas de infecção são multiplas, veremos apparecer estes phenomenos agudos com todo o seu cortejo de symptomas assustadores.

Se não podem existir septos completos no trajecto do canal naso-lacrymal, encontramos diaphragmas annulares, de direcção transversal ou obliqua que poderão determinar importantes apertos. Estes diaphragmas podem ser largamente perfurados mas n'alguns casos é um simples orificio que os atravessa, e a menor tumefacção da mucosa bastaria para produzir uma obstrucção completa, com todas as suas consequencias.

Bochdalek, nas suas minuciosas observações sobre as vias lacrymaes, tinha já encontrado duas disposições analogas. «Em casos muito raros, diz elle, a valvula inferior do sacco póde formar um delgado diaphragma completo (visto em dois casos). N'um caso, existia uma separação completa entre o sacco e o canal, mas como não havia dilatação anormal do sacco nem dos canaliculos, eu devia concluir por uma perfuração do diaphragma. Depois d'um dia de ensaio (catheterismo e insuflação), terminei por descobrir um estreito canal obliquo

atravez do diaphragma. Como as lagrimas e sobretudo o muco podiam passar atravez desse canal tão fino e obliquo, foi para mim um enigma. Àparte isto, as vias lacrymaes não apresentavam nada de anormal.

N'outro caso, o diaphragma, que possuia na circumferencia antero-interna uma abertura redonda d'um terço de linha, era d'alguma maneira uma valvula circular fortemente desenvolvida ».

Algumas vezes, a diminuição da luz do canal nasolacrymal, não é devida a esses diaphragmas, a essas valvulas dispostas sobre o seu trajecto, mas ao desenvolvimento normal do plexo venoso que cerca esse canal; ainda que não tenha nada de pathologico, póde produzir um aperto do canal.

Com Tartuferi, poderemos estudar as anomalias attingindo não sómente o canal lacrymo-nasal, mas tambem o proprio sacco lacrymal.

Depois de ter descripto as villosidades, as proeminencias que elle encontrou em certos saccos lacrymaes, e depois de ter mostrado que essas proeminencias podem ir até retrahir consideravelmente a cavidade do sacco e reduzi-la ao estado de fenda anfractuosa com um grande numero de sinuosidades multiformes, o auctor accrescenta:

«Eu penso que, além d'essas pregas que derivam do processo inflammatorio, podemos admittir outras que devemos considerar como formações congenitas. O que

o prova, são as formações particulares do tecido que as compõe; além d'isso não é raro encontral-os mesmo nas vias lacrymaes sãs, mas que apresentam outras anomalias congenitaes; finalmente, podemos encontrar pregas semelhantes nos saccoes não tendo ainda attingido o seu desenvolvimento completo.

« Assim, nos saccoes de recém-nascidos, ou de creanças d'alguns mezes, o contorno da cavidade do sacco é fortemente sinuoso; a mucosa parece ter uma superficie muito mais vasta que a da cavidade que ella deve cobrir. As sinuosidades podem então em certos sitios, ser de tal maneira pronunciadas, que formam verdadeiras pregas de mucosa (valvulas). Estas não teem séde constante e são identicas ás que observamos no adulto ».

O sacco nasal póde ser duplo. Wacovich tinha já encontrado dois saccoes distinctos, um normal, outro accessorio, e sem communicações reciprocas. O pequeno sacco accessorio communicava com o conducto nasal do sacco normal por intermedio d'um canal. Tartuferi verificou varias vezes a duplicidade do sacco lacrymal nos adultos, e encontrou, em casos de dacryocystites monolateraes, um sacco duplo do lado são.

Estes factos bastam para mostrar qual é a importancia da disposição anatomica das vias lacrymaes na pathogenia das suas affecções.

Estudando as vias lacrymaes do feto, o mesmo auctor encontrou esta duplicidade do sacco, e compa-

rando os cortes obtidos n'este caso com os obtidos nos adultos, a analogia parece evidente.

Estudando mais as diferentes fórmas de canaes que encontrou nos seus estudos, Tartuferi dá a classificação seguinte:

1.^o Canaes naso-lacrymaes de calibre quasi uniforme em todo o seu comprimento, retrahidos sómente em cima, no ponto de reunião com o sacco, e na sua extremidade inferior;

2.^o Canaes em fórma d'empola para baixo;

2.^o Canaes moniliformes, isto é, tendo alternativas de partes largas e de partes estreitas;

4.^o Canaes duplos n'um comprimento mais ou menos consideravel;

5.^o Canaes munidos de pequenos canaliculos tubulares accessorios.

Estes ultimos apresentam-se raras vezes no adulto. Tartuferi encontrou-os frequentemente nos fetos e especialmente entre as creanças que viveram apenas alguns mezes.

Contou-os até cinco n'um só corte, n'uma creança de seis a sete mezes.

Nas vias lacrymaes congenitalmente multiplas, o auctor encontrou dois e mais raras vezes tres canaes; eram todos do mesmo calibre, e d'entre elles sómente um punha o sacco conjunctival em communicação com as fossas nasaes; o outro ou os outros podiam ser conside-

rados como ramos secundarios terminando em fundo de sacco.

«Trata-se aqui, diz Tartuferi, d'uma verdadeira duplicidade d'uma parte do canal nasal, que não se deve confundir com a bipartição da luz do canal, podendo ser produzida por uma prega da mucosa (valvula).

Estas pregas só formam, effectivamente, bridas ou septos, mais ou menos delgados, e o calibre do canal, acima e abaixo do septo é igual ao calibre das duas cavidades consideradas no seu conjuncto.

Nos casos de verdadeira duplicidade do canal, temos, pelo contrario, dois canaes da mesma amplitude, bem distinctos, separados por uma camada mais ou menos espessa de tecido, e que se seguem por um longo trajecto. O calibre de cada um d'elles não é inferior, mas igual ao do canal unico que se encontra acima da porção dupla.

«Esta duplicidade parcial do canal nasal constitue um facto congenital e não se deve julgar que seja uma consequencia de processos inflammatorios. O que o prova, é o estudo histologico, e tambem o facto de a duplicidade existir algumas vezes do lado são, nos casos de dacryocystites monolateraes. Encontramos uma confirmação analoga no canal do feto do recém-nascido e das creanças que apenas viveram alguns mezes».

D'estes dados anatomicos, deduziremos algumas

consequencias relativas á pathogenia das affecções agudas do apparelho lacrymal.

As deformações do esqueleto da face, ás quaes attribuímos a frequencia das dacryocystites chronicas entre certas pessoas e entre certas raças (mongolicas israelitas), devem-se considerar tambem como causas predisponentes das dacryocystites primitivas.

Mas estas dacryocystites do sacco encontrarão ainda causas sufficientes nas deformações congenitae do proprio conducto nasal, quer o sacco seja duplo ou aufractuoso, quer o canal lacrymo-nasal seja multiplo, moniliforme, apresente diaphragmas e apertos, anfractuosidades ou valvulas. Em certos casos, a diminuição de calibre será um obstaculo á livre circulação das lagrymas, visto que a força de capillaridade está na razão inversa do diametro do tubo. Nos canaes moniliformes, a perturbação que a mudança de calibre oppõe ao movimento do liquido, absorverá uma parte da força motriz, em razão da lei geral d'hydrodinamica, que regula o corrimento d'um liquido em tubos de diametro variavel (Tartuferi).

Nos diverticulos lateraes e nos ramos secundarios do canal haverá uma paragem quasi completa dos liquidos, seja qual fôr a theoria invocada para explicar o mecanismo da absorpção e da eliminação das lagrymas; nem *a vis a tergo*, nem a rarefacção do ar produzida nas cavidades nasaes pelos movimentos respira-

torios, nem a acção do musculo orbicular ou do musculo de Horner conseguirão actuar sufficientemente sobre esses «pontos mortos», e esvasia-los completamente.

Uma infecção das vias lacrymaes é portanto possível.

No capitulo seguinte, vamos estudar, quaes as condições bacteriologicas d'essas infecções e quaes os agentes microbianos que será preciso sobretudo incriminar.

CAPITULO III

Pathogenia

As vias lacrymaes, no estado normal, constituem um canal aberto aonde a circulação lacrymal prosegue sem cessar.

Os microorganismos, varridos constantemente, não podem ahi encontrar as condições necessarias ao seu desenvolvimento. Mas logo que se produza, por uma causa qualquer, uma paragem d'esta circulação, os microorganismos poderão então desenvolverem-se e determinarem ao nivel da mucosa uma inflamação mais ou menos intensa e uma secreção abundante. As paredes do canal pondo-se em contacto uma com a outra, a obliteração será completa e veem-se então apparecer as inflamações agudas, de marcha mais ou menos rapida.

Talvez mesmo este desenvolvimento microbiano poderá fazer-se primitivamente n'uma anfractuosidade das

vias lacrymaes, n'um d'esses numerosos fundos de sacco descriptos por Rochon Duvigneaud e Tartuferi.

Os germens pathogenicos encontrarão n'essas especies de «pontos mortos» as condições favoraveis á sua conservação e ao seu desenvolvimento.

A mucosa reagindo, o canal oblitera-se e estaremos assim conduzidos ao mecanismo acima descripto.

Quaes podem ser os agentes d'essas infecções?

Mas primeiramente: que microbios teem sido encontrados nos casos de dacryocystites agudas succedendo a um catarrho do sacco?

Semisch, Leber, Krause e Holmer tinham já presentido a natureza microbiana d'estas dacryocystites, e Holmer poude mesmo reconhecer bacterias nas secreções purulentas do sacco.

No entanto Widmark foi o primeiro que mostrou o bom fundamento d'esta opinião. N'um primeiro trabalho, publicado em 1884, descreve 37 casos de dacryocystites e encontra em todos elementos microbianos que são: micrococcus isolados, estreptococcus e diplococcus. Nos seus ultimos trabalhos, precisa melhor a natureza das bacterias encontradas que são: estaphylococcus (brancos e dourados), estreptococcus e os microbios bacilli-formes.

Sattler nunca encontrou estreptococcus. Na sua memoria apresentada ao congresso de Heidelberg, diz ter encontrado tambem em 80 % dos casos estaphylo-

coccus, o pneumococco de Friedlander, o micrococco cereus e seis especies de bacillos.

Parigneaud verifica que o pús do tumor lacryma^l contém principalmente estaphylococcus (brancos ou dourados), e que os estreptococcus são mais raros.

Mercanti, no pús d'uma dacryocystite, sobrevivendo n'uma creança recém-nascida, encontrou o bacterium coli commum.

Levinçon, dá como encontrados em sete casos, o estreptococco, o estaphylococco e o bacterium termo.

Morax nas suas observações em casos de inflamação aguda das vias lacrymaes, encontrou quasi sempre o estreptococco no estado de pureza.

Mozet fez cinco vezes o estudo bacteriologico completo do conteúdo d'empyemas phlegmonosos. Em dois casos, encontrou o estreptococco puro e em tres casos, encontrou-o associado a bacillos saprophytas que elle estudou.

Jaulin encontrou no pús d'um tumor lacrymal, entre um ilupico, o bacillo pyocyanico associado a um estreptococco.

Desde 1889, Trousseau e Jacquet reconheceram a frequencia das affecções do nariz; e Cunod, examinando dois casos de dacryocystite em ozenosos, diz ter encontrado, nos dois casos o bacillo de Lewenberg.

Portanto, nas affecções agudas das vias lacrymaes, teem sido encontradas todas as especies microbianas,

mas é de notar que o estreptococco tem sido encontrado quasi constantemente por todos os auctores.

É elle o factor principal d'estas affecções, e todas as vezes que o exame directo ou cultural não tem revelado a sua presença trata-se d'uma infecção attenuada, d'uma forma d'alguma maneira benigna de dacryocystite aguda.

Na nossa observação, o exame microscopico, apenas revelou o estreptococco puro, com exclusão de qualquer outra especie microbiana.

Talvez o aspecto erysipelatoso que se observa algumas vezes nas affecções do angulo interno do olho, de ponto de partida saccolar, seja devido justamente á presença do estreptococco, hypothese que tem de resto sido formulada por numerosos auctores.

Parigneaud, no seu estudo sobre a pericystite lacrymal, mostrou d'uma maneira cathgorica a analogia que existe entre esta affecção e a erysipela, assim como a affinidade que as une algumas vezes.

N'um caso observado por elle, uma erysipela da face e do coiro cabelludo succedeu a uma pericystite operada, e o doente mais tarde é novamente atacado por um accesso de pericystite.

A associação ao estreptococco de certas especies microbianas poderá occasionar phenomenos d'um caracter ainda mais grave, analogos por exemplo ao relatado por Morax e Veillon. Estes auctores, n'um caso de

pericystite gangrenosa com symptomas alarmantes, encontraram, ao mesmo tempo que um microbio aerobio, o estreptococco, dois anaerobios, o bacillo fundiliformis e um cocobacillo.

Estes dois ultimos eram mais abundantes, e attribuia-se-lhe o caracter gangrenoso de affecção.

Mas d'onde virão esses diferentes germens infeciosos?

As observações de Fich, Gombert, Marthen e as mais recentes de Morax mostram-nos que o fundo do sacco conjunctival não contém microbios pathogenicos. O estaphylococco raras vezes tem sido encontrado na conjunctivite inflammada. Fich e Marthen encontraram-no uma vez, Gombert nunca o encontrou.

Franke diz tê-lo encontrado 10 vezes em 115 casos examinados.

Além d'isso, Morax, Gombert e Marthen nunca encontraram estreptococcos n'uma conjunctiva sã. Lewson que examinou sob o ponto de vista bacteriologico 200 fundos de sacco conjunctivaes insiste sobre tal facto, que nunca encontrou estreptococcos, e acrescenta mesmo que a supressão dos antisepticos em cirurgia ocular encontra a sua razão de ser na raridade dos microbios pathogenicos. Quanto ao coli-bacillo e ao pneumococco, entendemos que a sua presença nunca foi assignalada n'uma conjunctiva sã.

Por estes dados, parece-nos difficil admittir que a

infecção do canal naso-lacrymal possa fazer-se pelos canaliculos lacrymaes. Se, por outro lado, considerarmos que os differentes microbios encontrados nas vias lacrymaes inflammadas são os hospedes habituaes da cavidade boccal e das fossas nasaes, devemos concluir que é por via ascendente que a infecção se produz. Esta vizinhança das fossas nasaes e da cavidade boccal poderá explicar-nos, além d'isso, os casos de dacryocystites com suppuração fetida, como a observada por Veillon Morax.

Sabemos, effectivamente, que as inflammações vizinhas do tubo digestivo, das cavidades auditivas e do aparelho genital do homem ou da mulher apresentam quasi sempre um character gangrenoso particular, uma fetidez anormal devida á presença de certos microbios especiaes anaerobios.

Podemos admitir que, muitas vezes, poderá sobrevir uma dacryocystite aguda primitiva na occasião d'uma viva inflammação da mucosa nasal, d'uma gripe, ou mesmo d'uma simples coryza.

A infecção subindo pouco a pouco attingirá o sacco lacrymal, e segundo a virulencia do microbio, veremos apparecer uma dacryocystite aguda ou ainda uma dacryocystite benigna com repercussão peri-saccolar atenuada.

CAPITULO IV

Marcha e Symptomas

A característica da dacryocystite primitiva é a rapidez da sua evolução. A doente, no nosso caso, foi affectada em plena saude.

Bruscamente, appareceu-lhe no angulo interno do olho esquerdo um pequeno ponto vermelho, no dia seguinte de manhã apresentava uma tumefacção na região do sacco lacrymal, com rubôr e dôr, sobretudo á pressão.

A inflammação estendeu-se a toda a metade esquerda da face; o estado geral era mau e a febre bastante elevada. Dois dias, sómente, depois da apparição dos primeiros symptomas, o phlegmão pericystico estava formado.

Fóra d'esta rapidez do começo, os symptomas da dacryocystite primitiva serão os mesmos que os da dacryocystite consecutiva a uma blennorrhœa do sacco.

A doença annuncia-se por um sentimento de calôr na região do sacco, com tumefacção, rubôr dos tegumentos, injeccção da conjunctiva e uma epiphora abundante.

A tumefacção augmenta cada vez mais, ganha a metade interna das palpebras, a aza do nariz e a face do lado correspondente, sem apresentar limites precisos. Raras vezes esta tumefacção fica limitada á região do sacco.

A tumefacção dá logar ao edema.

O pús collectado fórma uma saliencia cada vez mais pronunciada por baixo do tendão do orbicular. Excepcionalmente, o pús corre pelos canaliculos e pelos pontos lacrymaes.

O orificio do abcesso pode cicatrizar-se, mas quasi sempre, no fim d'algum tempo produzem-se novos phenomenos inflammatorios, e estas recidivas frequentes dão logar á producção de fistulas, que podem apresentar-se sob varias formas.

Umas vezes, existe um orificio quasi imperceptivel, constituindo uma fistula capillar permanente, que dá passagem sómente a uma ligeira humidade formada pelas lagrimas.

Mackenzie considera esta terminação como um modo de cura espontanea do tumor lacrymal.

Outras vezes, a fistula é ainda directa, mas o orifi-

cio é mais largo e abre passagem ás lagrimas, que correm pela face sobre a forma de gottas.

Finalmente, na maioria dos casos, a fistula em lugar de ser directa, segue um trajecto obliquo e mais ou menos longo atravez das fibras do orbicular.

Produzem-se descollamentos mais ou menos extensos que são o ponto de partida de novos abcessos, de novos orificios, e a fistula toma então a forma de regador.

No sacco desenvolvem-se fungosidades.

Chegada a este gráo, a doença complica-se algumas vezes com denudações osseas e caries. Estas lesões, observam-se sobretudo do lado do unguis e do corneto inferior; ha denudações, perfurações, necroses dos ossos, estendendo-se algumas vezes ao ramo montante do maxillar superior.

Mas devemos dizer que é sómente nos casos muito chronicos, em que nenhum tratamento foi instituido, ou ainda nos cacheticos, escrofulosos e syphiliticos, que estas lesões osseas são observadas.

Esta descripção, comprehendendo todos os accidentes possiveis do tumôr lacrymal, não se pode applicar a todos os casos.

A infecção, como dissemos, é particularmente rapida, e o primeiro symptoma é o edema da região do sacco; a tumefacção estabelece-se depressa, e em 48 horas, no nosso caso, o abcesso estava formado.

Como é que se explica a migração tão rápida dos germens infecciosos através das paredes do sacco?

Será necessario invocar uma lesão destructiva d'esta parede?

Uma arranhadura ou uma queda do epithelio serão necessarias?

Não o acreditamos; encontramos, nas vias sanguineas ou lymphaticas que fazem communicar o sacco com o tecido cellular circumvizinho, portas abertas á propagação da infecção.

Esta dirige-se ordinariamente para a parte antero-externa do sacco, para a camada de tecido cellular laxo do angulo interno do olho, o que se comparou ao espaço cellular collocado adiante da bexiga, conhecido com o nome de cavidade de Retzius.

O abcesso poderia todavia produzir-se na parte postero-interna, mas a este nivel o sacco adherindo intimamente á parede ossea, haveria além d'isto um certo gráo de periostite.

Tem-se mesmo assignalado casos em que uma dacryocystite, depois da carie do osso unguis, se vae abrir nas fossas nasaes.

O plano aponevrotico que separa o sacco da cavidade orbitaria, impedirá a migração do pús para este lado; no entanto a propagação da infecção para esta cavidade tem sido assignalada.

Dá então lugar ao desenvolvimento do phlegmão

orbitario seguido algumas vezes da abolição da visão.

Em casos excepçionaes, tem-se visto o pús abrir caminho pelo canal nasal; segundo Wecker, espalhar-se-ia então entre a mucosa descollada e o canal osseo.

Mas, no caso de dacryocystite primitiva, a intensidade dos phenomenos infecciosos tornará raros esses diversos modos de propagação.

Os accessos anteriores não terão preparado o caminho quer n'um quer n'outro sentido, e o estreptococco, quasi sempre em jogo, invadirá a atmospherá cellullar collocada adiante do sacco para formar o phlegmão pericystico.

Não separamos o estudo d'esse phlegmão pericystico do da dacryocystite primitiva.

A pericystite aguda, descripta por Parigneaud, estudada por Rollet, Jocqs, Roche e outros, não é, effectivamente, no caso de que nos occupamos, uma affecção nova, evolucionando por sua propria conta; deriva da inflammação aguda do sacco; é a sua consequencia logica e natural. Os germens infecciosos, desenvolvidos nas vias lacrymaes, que vão colonisar o tecido cellullar ambiente e que formam o phlegmão pericystico não fazem mais do que ampliar os limites da infecção.

Estas considerações são muito importantes sob o ponto de vista do tratamento; a querermos considerar muito os phenomenos pericysticos, arriscar-nos-iamos a

perder de vista a infecção do sacco, causa unica do phlegmão; tratando os primeiros sómente, não abrindo, desde o começo, o sacco, ainda que possa parecer intacto, não se atacaria a causa, mas o effeito da dacryocystite.

Ora é indispensavel abrir o sacco, e abril-o largamente, se não quizermos ter de receiar um novo ataque inflammatorio.

A duração e a gravidade do phlegmão são relativas á precocidade da intervenção. É evidente que uma dacryocystite tratada no começo, terá as consequencias mais simples; os descollamentos extensos não terão tempo de se fazerem, a pelle não se adelgaçará a ponto de ver a sua vitilidade comprometida.

A doença, na nossa observação, apresentou justamente esta marcha feliz.

Quando a drenagem está assegurada, a suppuração não tarda a cessar; a ferida do sacco fecha-se, a cavidade enche-se, e algumas semanas depois, a cura é completa, sem que se tenha a receiar um só instante a fistulisação d'esse phlegmão.

A febre que marca o começo da doença cahe depois da operação.

Este quadro seria modificado se os microbios anaerobios viessem juntar-se ao estreptococco, e os phenomenos geraes seriam mais graves.

N'este caso, do lado do sacco e da pelle, a queda

das escaras gangrenosas poderia ter consequencias sérias, e a integridade das vias lacrymaes poderia, sem duvida alguma, ser seriamente compromettida por causa d'esse novo factor de gravidade.

CAPITULO V

Diagnostico

Não differindo a dacryocystite primitiva em nada, pelos seus symptomas, d'uma dacryocystite consecutiva a um catarrho lacrymal antigo, é evidente que o diagnostico differencial das doenças do angulo interno do olho podendo simular um phlegmão do sacco, será o mesmo nos dois casos; e esta questão tem sido largamente tratada por todos os auctores.

Portanto um ponto que pode tornar o diagnostico mais delicado é a ausencia de commemorativos lacrymaes nos antecedentes do doente; e insisteremos mais especialmente aqui sobre esta particularidade.

Vemos, effectivamente, todos os auctores aconselharem que se deve indagar com cuidado os antecedentes lacrymaes no diagnostico d'uma dacryocystite aguda. Wecker e Landolt, depois de terem enumerado os cara-

cteres do phlegmão do sacco, exprimem-se assim: « é difficil saber se o phlegmão parte do sacco lacrymal ou se este ultimo lhe é estranho (anchilops); effectivamente não é possivel nem determinar pela palpação os limites do sacco, nem dar sahida pela pressão a uma parte do seu conteúdo.

Não obstante isto, o diagnostico não é tão difficil com se poderia acreditar á primeira vista, porque um exame feito attentosamente permite distinguir sem difficuldade o phlegmão do sacco, d'um furunculo do angulo interno; e o anchilops é extremamente raro.

Por outro lado, os ensinamentos fornecidos pelo doente bastam ordinariamente para dissipar todas as duvidas, ensinando ao medico se a doença foi ou não precedida de simples epiphora e de catarrho do sacco».

Para Panas, o diagnostico repouza sobre a epiphora de longa duração que precedeu o phlegmão, e a possibilidade de fazer refluir o pús cremoso pelos pontos lacrymaes comprimindo o sacco.

Mas quando os germens infecciosos invadem um sacco lacrymal, até ahi perfeitamente são, e determinam um abcesso pericystico, se o diagnostico é hesitante, não poderemos pensar em o estabelecer pela historia pathologica do aparelho lacrymal. N'estes casos, devemos tomar conta da conformação particular dos ossos do nariz, da profundidade maior ou menor do cavado infra-orbitario, condições estas que podem predispor,

como já vimos, a uma inflamação do canal nasolacrymal.

Quando o doente apresenta n'este momento causas de infecção do lado da conjunctiva ou das fossas nasaes, quando tem, por exemplo, sobre o bordo das palpebras um terçol suppurado ou um chalazion, quando seja attingido de gripe ou mesmo de simples coryza aguda, teremos outros tantos meios preciosos para chegar ao diagnostico.

Não devemos confundir o empyema phlegmonoso do sacco com uma erysipela localisada da face que tivesse começado ao nivel do angulo interno do olho. No phlegmão lacrymal, não se verifica a presença do bordalete caracteristico da erysipela; de mais, a inflamação na erysipela pode ganhar a metade opposta da face, ao passo que nas infecções presaccolares ella fica localisada a um lado sómente.

Finalmente, a duração da doença e a violencia mais accentuada na erysipela, dos symptomas geraes, permitem differenciar as duas affecções.

Um furunculo do angulo interno poderia fazer pensar a principio que era um phlegmão do sacco; mas o erro não pode persistir por muito tempo, porque os furunculos d'esta região são pouco volumosos e não apresentam diffusão inflammatoria muito extensa.

No diagnostico da dacryocystite aguda, é preciso pensar ainda na possibilidade de confundir com ella um

tumor sarcomatoso proveniente das fossas nasaes e invadindo o sacco lacrymal depois de ter atravessado o canal nasal.

A evolução rapida d'estes tumores, a inflammação que desenvolvem em volta d'elles poderia dar logar a erro. Este poderá, todavia, ser evitado por um exame profundo do proprio tumor; ou melhor ainda, por uma exploração attenta das fossas nasaes.

Finalmente, a edade do doente deverá tomar-se em consideração quando se trata de estabelecer o diagnostico da dacryocystite primitiva.

Sabe-se, effectivamente, que as vias lacrymaes soffrem, desenvolvendo-se, uma especie de adaptação mais completa á sua funcção; são mais simples no adulto do que nas creanças e no recém-nascido; portanto as creanças farão mais facilmente uma infecção aguda do seu sacco.

CAPITULO VI

Prognostico

A dacryocystite primitiva é a menos grave de todas as affecções agudas das vias lacrymaes, e o seu prognostico é benigno na maioria dos casos.

Na nossa observação, o regresso ao estado normal do canal naso-lacrymal foi absoluto, e pensamos que será o mesmo em todos os casos analogos.

Assim como já foi dito a proposito da marcha da doença, não temos a receiar a fistulisação da cavidade, e a ferida fecha-se rapidamente por segunda intenção.

Pertence á anatomia pathologica dizer quaes são exactamente as lesões em igual caso; ella mostra-nos, sem duvida, que o sacco é ligeiramente attingido pela infecção; as suas paredes não apresentam a espessura algumas vezes consideravel que se encontra nos catarros antigos; as secreções não teem tempo de alterar

a sua estrutura e de o distender augmentando a sua cavidade.

A mucosa, ainda que apresente os signaes d'uma reacção intensa, conserva-se lisa, porque as fungosidades tão abundantes nos casos de dacryocystites chronicas não teem tempo de se formarem.

O exame microscopico nos ensinará tambem, sem duvida, sobre a realidade das phlebites e periphlebites, das lymphangites e peri-lymphangites que supposemos para explicar a propagação da infecção ao tecido celular vizinho.

Mas se o prognostico immediato é benigno, não se dará o mesmo com respeito ao futuro.

Não devemos esquecer que são necessarias condições anatomicas especiaes, para que a infecção do sacco se dê.

Ora, estas condições anatomicas persistem ainda, e predispõem o individuo a fazer, por consequencia, quer uma nova dacryocystite, quer um catarrho chronico.

N'estes individuos, uma simples coryza, uma inflammção aguda da conjunctiva, uma doença geral infecciosa poderão ser acompanhadas d'uma infecção das suas vias lacrymaes.

CAPITULO VII

Tratamento

Não insistiremos sobre os diferentes modos de tratamento preconizados na dacryocystite aguda consecutiva a um catarrho do sacco; nos casos particulares a que nos referimos não deveremos aconselhar como tratamento a extirpação completa do sacco ou a sua destruição pelo thermo-cauterio.

A certeza do regresso constante das vias lacrymaes ao estado normal será mesmo um dever que tem o cirurgião de poupar o mais possivel a integridade das vias lacrymaes.

Todavia, a intervenção cirurgica será sempre a regra, e esta intervenção deve ser precoce. Chegar-se-ha assim a prevenir a abertura espontanea do phlegmão e a cicatriz adherente, desagradavel, que d'ahi resulta; não teremos a receiar então os descollamentos extensos, as

infecções purulentas do lado da orbita ou das fossas nasales e as caries dos ossos vizinhos.

Além d'isto, do proprio facto da intervenção, e depois da evacuação do pús, vemos desaparecer immediatamente os phenomenos geraes que marcam o começo da doença.

A incisão deverá ser larga, profunda, e comprehender ao mesmo tempo que a pelle e o tecido cellular, o proprio sacco lacrymal.

Não devemos perder de vista que a pericystite não é tudo, não é senão um epiphenomeno na infecção das vias lacrymaes. Se só abrissemos a bolsa presaccolar, arriscar-nos-íamos a ver a infecção do sacco continuar, as paredes d'este ulcerarem-se e abrirem-se espontaneamente.

Com o fim justamente de abrir ao mesmo tempo o phlegmão pericystico e o sacco, aconselharemos com o professor de Lapersonne, a marcha seguinte: O cóрте do bisturi sendo dirigido para cima, enterrar obliquamente a ponta do instrumento de baixo para cima, de fóra para dentro e de diante para traz, para a parte superior e interna da gotteira lacrymal.

Introduz-se assim até á parede ossea. Temos então a certeza de ter penetrado no sacco; basta levantar o cabo do bisturi fazendo-lhe descrever um movimento de circumducção para cortar largamente a pelle assim como a parede anterior e externa do reservatorio membra-

noso. N'este movimento secciona-se o tendão directo do ligamento palpebral interno, que passa adiante do sacco, e temos aberto uma via muito larga que permite a exploração facil do fundo da cavidade.

As cauterisações a thermo-cauterio, tão uteis nos casos de dacryocystite chronicas, são menos recommendaveis nas dacryocystites agudas primitivas, porque não temos a destruir as fungosidades abundantes que se encontram nos saccos antigamente infectados.

Devemos portanto servirmo-nos com ligeireza da ponta do thermo-cauterio, evitando toda a acção destruidora. Drenar com cuidado, e fazer pensos simples.

OBSERVAÇÃO

A. M., de 5 annos de idade, natural de S. Cosme, concelho de Gondomar.

Antecedentes hereditarios.— Não ha nada digno de menção.

Na sua familia ninguem teve affecção alguma lacrymal, nem syphilis, nem tuberculose.

Antecedentes pessoas.— A mãe, entre outros ensinamentos que podemos obter d'ella, diz-nos que a sua filha tem sido sempre muito saudavel, e é muito affirmativa quando nos diz que nunca teve lagrimejamento algum anterior á doença de que nos occupamos.

Verificamos um achatamento muito nitido da base do nariz, e por consequencia um afastamento exagerado dos dois angulos internos dos olhos.

Historia e evolução da doença.—No dia 5 de janeiro, appareceu-lhe, no angulo interno do olho esquerdo um pequeno ponto vermelho. No dia seguinte de manhã apresentava uma tumefacção na região do sacco lacrymal, com rubôr e dôr sobretudo á pressão.

No dia 7 as palpebras do olho esquerdo estavam vermelhas, tumefactas e dolorosas.

Vindo então consultar o Ex.^{mo} Snr. Dr. Corrêa de Barros, este aconselhou-lhe a operação, a que a familia não accedeu por falta de recursos.

A inflammação estendeu-se a toda a metade esquerda da face; o estado geral era mau e a febre elevada.

A creança soffria muito, foram-lhe então applicadas cataplasmas de linhaça, que lhe produziram um allivio consideravel.

Mas a familia vendo que a inflammação não diminuia e que o estado geral era mau, resolveu então consultar um clinico da sua naturalidade, que a instancias da familia resolveu opera-la, convidando-me para o ajudar, o que teve lugar no dia 10 de janeiro.

Feita a anesthesia, fez-se-lhe uma incisão larga e profunda que poz a nu o fundo do sacco lacrymal e deu sahida a um pús cremoso e verde.

Depois da evacuação do pús, cauterisou-se ao thermocauterio mas muito ligeiramente.

O resultado da operação não se fez esperar. No

dia seguinte a temperatura desceu quasi a normal, o rubôr cedeu e a tumefacção tinha desaparecido completamente no dia 13.

Nos dias seguintes, não havia nenhum corrimento, nem mucoso, nem purulento pela ferida, e no fim de 25 dias a ferida estava completamente cicatrizada.

O exame bacteriologico do pús revelou-nos a presença do estreptococco no estado de pureza.

PROPOSIÇÕES

Anatomia descriptiva—A mucosa lacrymo-nasal é uma continuação da pituitaria.

Histologia—A actividade d'uma cellula depende da quantidade de albuminoides que ella contem.

Physiologia—Os espermatozoides tem movimentos analogos aos das celhas vibrateis dos epithelios.

Anatomia topographica—O musculo temporal, contrahindo-se, marca a região do mesmo nome.

Materia medica—Sem um bom diagnostico não admitto therapeutica racional.

Anatomia pathologica—A malignidade ou benignidade d'um tumor depende da sua estrutura anatomica.

Pathologia geral—Não ha doença sem lesão organica.

Pathologia cirurgica—No tratamento da dacryocystite primitiva prefiro a dacryocystotomia precoce.

Pathologia medica—Só a punção exploradora permite reconhecer a natureza de qualquer derrame.

Operações—Devemos fazer uma drenagem todas as vezes que não haja a certeza d'uma antiseptia rigorosa.

Obstetricia—A auto-intoxicação gravidica é função da insuficiencia hepatica.

Hygiene—O desenvolvimento do organismo tem por base a alimentação racional na infancia.

Medicina legal—A morte na submersão nem sempre é produzida por asphyxia.

Visto,

O PRESIDENTE

Lopes Martins.

Póde imprimir-se,

O DIRECTOR

Moraes Caldas.