

BIBLIOTECA
LANCISIANA



CONTRIBUZIONE

ALLA

TERAPIA DELLE VIE LAGRIMALI

PEL

D.^R FRANCESCO MORANO

PROFESSORE PAREGGIATO DI OTTALMOLOGIA ALLA R. UNIVERSITÀ
DI NAPOLI



NAPOLI

STAB. TIPOGRAFICO DI VINCENZO MORANO

Nell'Istituto Casanova.

1886.

CONTRIBUZIONE

ALLA

TERAPIA DELLE VIE LAGRIMALI

PEL.

D.^o FRANCESCO MORANO

PROFESSORE PAREGGIATO DI OTTALMOLOGIA ALLA UNIVERSITÀ
DI NAPOLI



NAPOLI

STAB. TIPOGRAFICO DI VINCENZO MORANO
Nell'Istituto Casanova.

—
1886.



A

LUIGI AMABILE

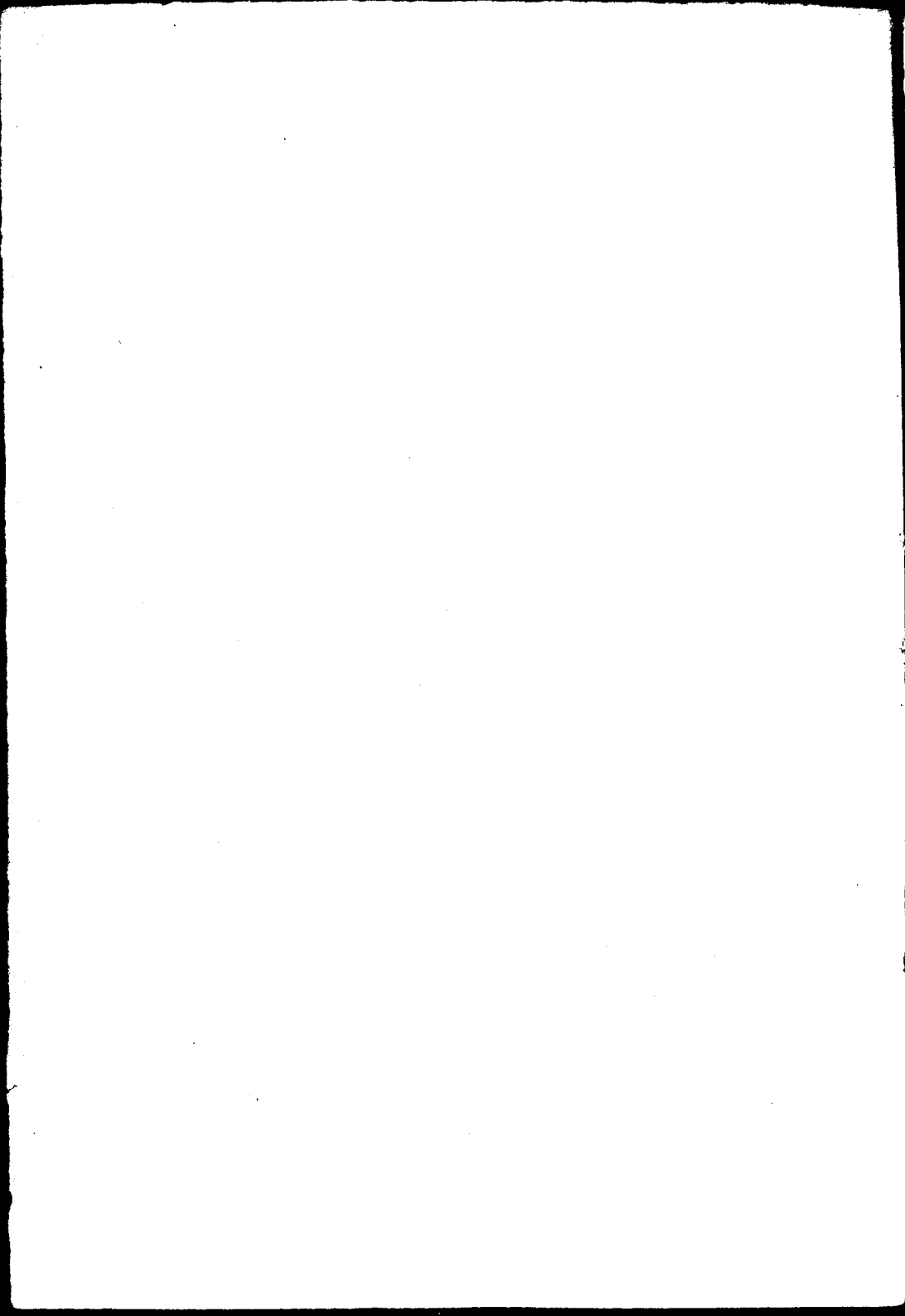
PATOLOGO E LETTERATO

FRA' MAGGIORI D'OGNI TEMPO

CON AFFETTO DI DISCEPOLO

DEDICA QUESTO LAVORO

FRANCESCO MORANO



CONTRIBUZIONE

ALLA

TERAPIA DELLE VIE LAGRIMALI

Ogni alterazione delle vie lagrimali, punti e condottini, sacco e condotto naso-lagrimalo, sostenuta specialmente dalla forma più classica delle affezioni di queste vie, la dacrio-cistite cronica, si estrinseca con una sintomatologia abbastanza tipica e caratteristica, la cui più culminante manifestazione è lo stilloidio delle lagrime miste a muco o a muco-pus, dipendente dalla ipersecrezione della mucosa del sacco, non atta a liberamente condurre le lagrime nella cavità nasale.

Questa anomalia di conduzione implica o un restringimento od una ectasia delle vie suddette: nel primo caso, la stenosi è dipendente o da attacchi flogistici diretti alle ossa costituenti la doccia lagrimale ed il periostio (osteo-periostite, carie, necrosi) sostenute dalla scrofolosi o dalla sifilide, e predominano i restringimenti ossei e fibrosi, per lo più nel tratto inferiore, cioè nel condotto naso-lagrimalo: nel secondo, il secreto infiammatorio ritenuto nel sacco tende a dilatarne le pareti precipuamente l'anteriore, che tumefacendosi si distende, e nei processi di riacutizzazione o si ulcera con fistola cutanea, o si assottiglia con atrofia della mucosa, o fa ernia verso la cupola del sacco, dando luogo alla così detta dacriocisti-blennostasi, distendendo così non solo la cute, ma il legamento interno, sia verso il punto di attacco e sia verso la sezione che ricopre il segmento superiore del sacco stesso, compresa la espansione fibrosa che circonda entrambi i canaletti. Ora, in questo spostamento di rapporti anatomici, il più frequentemente è il canaletto lagrimale inferiore che viene ad essere respinto in sopra in guisa da perdere il suo decorso lievemente arcuato, acquistando così o un decorso rettilineo, o, seguendo la curva del tumore sottoposto, acquistando una curva opposta alla normale.

Perduto ed alterato il meccanismo con cui si compie la canalizzazione delle vie lagrimali, ne risulterà una modificazione non che nei liquidi d'irrigazione ma negli elementi che sostengono la nutrizione: il muco e le lagrime vengono rattenuti nel sacco quando non vi fosse oblitterazione de' punti e condottini, e, decomponendosi, di-

ventano di giorno in giorno con la loro alcalinità un altro momento patogenico della dacriocistite cronica, perocchè stimolano la mucosa, provocandovi delle ulcerazioni catarrali, che facilitano l'azione corrosiva ed infettante de' prodotti stessi di secrezione sui tessuti periambienti, tessuto cavernoso, periostio ed ossa lagrimali.

In questa mia Nota non ho l'intendimento di fare l'esposizione e la critica di tutti i metodi operatorii, che hanno esercitato l'attività degli ottalmologi per combattere la dacriocistite cronica ed i relativi restringimenti. Intendo invece sottoporre all'acume de' miei colleghi e maestri se in tutti i casi di restringimento delle vie lagrimali per dacriocistite cronica convenga attenersi a' processi operatorii finora noti ed accetti alla pratica con le modifiche arretrate alla tecnica da BOWMAN, WEBER, STILLING, GRAUD-TEULON, quando avremo meglio valutato la sede delle alterazioni suddette in una più che in altra sezione del sacco lagrimale, e quando avremo ridotto al loro vero valore gli elementi anatomici prossimiori, che, con quello avendo intimi rapporti topografici, concorrono al meccanismo della escrezione delle lagrime.

Il sacco lagrimale è racchiuso ne'suoi due terzi inferiori in canale osseo: il terzo superiore nella sua parete posteriore è fittamente aderente alla doccia dell'unguis, mentre la parete anteriore è libera ¹⁾, ma coperta in gran parte dal tendine diretto dell'orbicolare, che circonda con la sua espansione fibrosa i canaletti, e dalla parte posteriore del muscolo di HORNER.

Ora nelle condizioni morbose, in che trovasi l'apparecchio escretore, sono bensì questi elementi anatomici compromessi, ma è la sezione superiore del sacco, la meno protetta dalla cavità ossea, quella che contribuisce nella massima parte, con la sua cedevolezza ed elasticità perdute, a'restringimenti od alla obliterazione del condotto naso-lagrimal e del dotto comune de' canaletti.

Ed, a me pare, che la ragione potissima, onde i restringimenti delle vie lagrimali e la lagrimazione hanno resistito a tutti i metodi operativi predetti, risegga essenzialmente nel fatto, che non si è tenuto presente la disposizione arcuata della cupola del sacco, e non si è tenuto nella sua giusta estimazione la parte attiva che la parete anteriore, libera ed elastica, nel meccanismo della escrezione lagrimale prende insieme al movimento del ligamento interno, che si tende nel momento della occlusione: che un terzo del sacco, e in taluni individui con doccia lagrimale rudimentaria, schiacciata, che danno il maggiore contingente alla dacriocistite e restringimenti, circa una metà è fuori la cavità ossea, protetta solo dalla cute e dal legamento interno: e che questa sezione superiore offre tutti i lati di vulnerabilità come *locus minoris resistentiæ* agli agenti morbosi ritenuti, si distende, e facilita la stenosi o l'obliterazione del

¹⁾ La più esatta figura del Sacco lagrimale trovasi in HEITZMANN, Die descriptive und topografische Anatomie des Menschen — III. Lieferung, S. 227 — Wien, 1875.

dotto comune de' canaletti lagrimali, o di uno di essi se sboccano separatamente all' apice del sacco medesimo.

In questa sezione è appunto che il chirurgo dovrebbe spiegare tutta la sua attività operatoria. E, ammesso che non trovi le sue ragioni di convenienza terapeutica per ricorrere al metodo del POUTEAUX, egli deve preferire di fare un'apertura più ampia all'apice del sacco, tenendo per guida l'apertura di uno dei due canaletti, con lo scopo non solo di fare la dilatazione graduata con le sonde, ma di far pervenire nel sacco i mezzi terapeutici atti alla cura sostitutiva e coartante.

Ora, si raggiunge lo scopo di modificare la stenosi dell'apice del sacco verso il dotto comune, l'ectasia con stenosi, la blenorrea del sacco per tumefazione e restringimento del condotto naso-lagrimal, co' metodi finora praticati dai nostri maestri?

Non metto in dubbio l'utilità, oramai dalla pratica riconosciuta, del cateterismo comunque fatto, o con gli stilette di MEJEAN o con la setole dorsali di cinghiale così felicemente introdotte in pratica da BUSINELLI, ovvero con la introduzione metodica delle sonde di BOWMAN ne' restringimenti per semplice tumefazione catarrale della mucosa, anche se occorre associato alle iniezioni di sostanze modificatrici con la siringa di Anelio.

Ma quando trattasi di restringimenti fibrosi, quando il restringimento riduce talmente il lume del sacco che appena sarebbe capace di penetrarvi una setola sottilissima, allora è vano sperare un immegliamento o la guarigione con l'opera del solo cateterismo. Tanto più se consideriamo che il più invincibile restringimento, secondo quello che precedentemente abbiamo detto, risiede all'apice del sacco, e proprio verso il dotto comune, rappresentato da un anello o più anelli di fibre concentriche di connettivo cicatriziale, e nella dacriocistite cronica quasi tutto l'apice del sacco è divenuto sclerosato. — La pratica oramai ci persuade che in questo caso la cura metodica e dilatatrice delle sonde, o cilindriche di BOWMAN o coniche di WEBER, non ha nessun valore curativo permanente: anzi talune volte produce l'effetto opposto, in ispecie se il cateterismo si facesse forzato con la sonda conica di WEBER, ragione per cui, come è avvenuto del cateterismo forzato dell'uretra, è metodo oramai abbandonato non solo perchè brutale e violento, ma perchè soventi accresce il restringimento fino al pericolo della occlusione per atrofia del sacco. Invece, come per ripristinare il calibro dell'uretra è stato dalla pratica universalmente sancito il metodo dell'uretrotomia interna, susseguito dalla cura metodica delle sonde, doveva presto riconoscersi dagli oculisti la superiorità dello sbrigliamento preliminare del sacco col susseguente cateterismo, in raffronto del cateterismo forzato con le sonde coniche.

Ma in quale parte del sacco o delle vie lagrimali deve farsi la incisione? — E questo è il punto essenziale della questione.

Gli *Stricturotomi*, o, meglio, *Stenosotomi* di WEBER, di STIL-LING, di GIRAUD-TEULON, ne' singoli casi hanno risoluto più o meno

completamente il problema della tecnica operativa. WEBER e GRAUD-TEULON estendono la incisione del condottino e sacco lagrimale sino al condotto nasale: STILLING, dopo avere inciso il canaletto lagrimale, penetra immediatamente nel canale nasale, determinando delle incisioni multiple per sbrigliarvi le aderenze e le pseudo-membrane.

È un fatto oramai dalla pratica accertato, che o una incisione o le incisioni multiple determinano nella mucosa del sacco cicatrici fitte e resistenti che inspessiscono la mucosa e rafforzano lo stringimento, e diminuiscono il lume del sacco come avviene delle scarificazioni ripetute nel linfoma e nella congiuntivite catarrale cronica, in cui si hanno a deplorare le retrazioni cicatriziali, la sclerosi e l'entropio. Un impegliamento e soventi una guarigione completa si ha nel più dei casi, sempre che l'alterazione delle vie lagrimali si limiti alla bleonorrea del sacco per tumefazione catarrale della mucosa: ma quando trattasi di restringimento fibroso od osseo del condotto nasale, od anche di stenosi del dotto comune con ispessimento dell'apice del sacco, è ben difficile ripromettersi una permanente guarigione, anche quando alla stenositomia, praticata co' coltellini di STILLING o di WEBER, si fa seguire l'uso metodico delle sonde prolungato per molti mesi.

La incompletezza de' risultati avuti co' metodi di WEBER e di STILLING mi hanno indotto ad una modifica di essi, modifica la quale risiede più che nel coltellino, nella interpretazione di sede della lesione, che ci prefiggiamo combattere.

Nella gran maggioranza de' casi, i restringimenti delle vie lagrimali sono provocati da tumefazione della mucosa ed ectasia della cupola del sacco, specialmente verso la parte anteriore-superiore esterna: questa s'ispessisce, si distende più o meno notevolmente, occlude il dotto comune, producendovi il mucocele o la dacriocistiblennostasi: il legamento interno, non che il tendine e le fibre del muscolo di HORNER vengono compressi dalle pareti del sacco, fatto tumido per ritenzione de' prodotti infiammatorii. Quindi l'impossibilità di questi elementi anatomici a concorrere al meccanismo dell'assorbimento ed escrezione delle lagrime.

Persuaso da questo dato anatomico, e convinto dalla esperienza di molti anni di pratica, che la incisione del canaletto e sacco lagrimale o col coltellino di WEBER o con quello di STILLING è insufficiente a vincere gli stringimenti, ho trovato che la migliore maniera di curarli stabilmente era di produrre su la cupola del sacco una larga incisione, da cui penetrarvi per l'ulteriore governo curativo opportuno.

Incido il canaletto lagrimale inferiore come nel metodo di STILLING o di WEBER, ed arrivato con la punta ottusa alla parete resistente della doccia lagrimale rivolgo il tagliente contro la volta o cupola del sacco, e lo spacco rapidamente in modo da ottenere una ferita quasi lineare. Ritiro il coltellino senza nè praticare in-

cisioni multiple contro le pareti del sacco, nè estenderle fino al condotto nasale. La lieve emorragia si frena con le compresse di acqua fredda; e si applicano la sera e il giorno appresso i cataplasmi caldi di farina di seme di lino o di farina di riso.

La incisione dell'apice del sacco comprende eziandio la incisione di quasi la metà della parete inferiore del canaletto lagrimale.

Ottenuta una così ampia apertura, e messa quasi allo scoperto la parete anteriore e superiore del sacco, si procede il terzo giorno alle causticazioni col nitrato d'argento e in giorni alterni all'applicazione delle sonde, preferibili quelle di piombo o quelle di stagno, del diametro di 2 a 4 millimetri: metodo questo eminentemente necessario per mantenere ampia l'apertura, quando si consideri la normale tendenza che la recisa parete inferiore del canaletto, circondato dal connettivo, avrebbe di saldarsi di giorno in giorno.

Non solo la incisione del canaletto inferiore, a preferenza del superiore, è *conditio sine qua non* per la stabilità della guarigione degli stringimenti, ma la incisione proprio della parete inferiore del canaletto lagrimale inferiore è una necessità assoluta, specialmente quando consideriamo che negli stringimenti delle vie lagrimali sono proprio i canaletti che vi contribuiscono in massima parte, perchè o sono stenosati, e quindi poco elastici, o addirittura obliterati, e per questa loro condizione contribuiscono alla ritenzione de' prodotti infiammatori nel sacco, favorendone la loro alcalinità; tanto maggiormente poi quante volte la stenosi si estende sino al dotto comune, divenuto anello fibroso, sclerosato, o fibro-cartilaginoso. Su questa condizione anatomo-patologica insisto, perchè altrimenti non troverei la ragione di spaccare il canaletto sino al dotto comune ed apice del sacco quando, per non compromettere un mezzo tanto prezioso per la normale conduzione ed escrezione delle lagrime, io potrei preferire il metodo del POUTEAUX, aprendo il sacco tra la caruncola ed il legamento palpebrale interno.

Mi occorre ora dire qualche parola su la tecnica operatoria. Ho modificato il coltellino di WEBER e quello di STILLING, conservando la proprietà di entrambi in due differenti sezioni. Ho conservato lo spessore e la curvatura del dorso del coltellino di STILLING, essendo molto fragile e facile a rompersi quello troppo sottile di WEBER con le contrazioni brusche dell'orbicolare: ho conservato la punta olivare di quello di WEBER che agevola e guida l'introduzione di esso nel punto lagrimale: ma trovai necessario modificare il tagliente, il quale, nel primo tratto in vicinanza della punta olivare per circa 4 millimetri di estensione conserva la larghezza della lama del WEBER, per la incisione del canaletto. Ma poi si allarga sempre più finchè diviene pronunziatamente ricurvo come un cheratotomo, non altrimenti quasi della lama nascosta del dacriotomo di GIRAUD-TEULON.

Dopo quello che ho detto della disposizione della cupola del sacco,

e della necessità di inciderla nel senso trasverso, si comprende di leggieri la modifica della lama del coltellino, che io chiamo DACRIOCISTOTOMO. — Inciso il canaletto e messo il coltellino in direzione verticale al sacco, spingo la lama col tagliente in fuori contro l'apice del sacco in modo da ottenere una ferita netta, quasi lineare, e se incontro resistenza per l'ispessimento o fibroso o cartilagineo, fo come di leggieri movimenti di sega. È ben difficile che la parete del sacco resista, ammanco che non fosse ossificata.

Dopo due giorni della praticata apertura introduco le sonde del maggiore diametro. Al terzo giorno caustico la parete del sacco o direttamente con lapis bene affilato di nitrato d'argento, ovvero con soluzione concentrata dello stesso, introdotta con il tubo retto della siringa di ANELIO; tubo, che ho fatto costruire bucherellato in tutta la sua parete per ottenere una uniforme causticazione, estesa a tutta la superficie della mucosa. — Così alternando l'uso delle sonde con le causticazioni, a capo di tre settimane, al massimo quattro, sono arrivato a vincere restringimenti ribelli, dacriocistiti suppurative croniche, con stenosi dell'apice del sacco, spesso sostenute da osteo-periostite. E ricordo di aver vinto diverse volte restringimenti, contro cui erasi resa insufficiente la incisione del canaletto, praticata da altri colleghi, e perdurava da anni non che la lagrimatione ma la suppurazione del sacco.

Sento ora il debito di rispondere ad una grave obiezione, quella cioè, che, incidendosi largamente il condottino lagrimale inferiore compresa la sua parete inferiore, si viene permanentemente a compromettere la funzione della conduzione delle lagrime.

Senza dubbio il meccanismo di aspirazione delle lagrime si compie assai più agevolmente dal canaletto lagrimale inferiore, tenuto conto che il legamento interno aderente ad esso non che la cupola del sacco, contribuisce in gran parte al gioco della eliminazione delle lagrime stesse; e sono anch'io d'opinione che nelle operazioni che si praticano su le vie lagrimali bisogna tenere per norma di offendere il meno possibile l'apparecchio idraulico che ne assicura il corso. Anzi la obiezione mi si presenta più grave, quando penso che WECKER propone, non solo di fare lo sbrigliamento del canaletto col coltellino di WEBER, perchè ha il vantaggio su quello di STILLING, di riuscire per la sua sottigliezza meno offensivo alla parete del sacco lagrimale, ma consiglia addirittura la incisione del canaletto lagrimale superiore, come quello che avrebbe una secondaria importanza alla normale conduzione delle lagrime.

Se non che, le deplorate conseguenze di una sì larga incisione non solo del canaletto inferiore, ma della parete inferiore di esso, è facile pensare che non avvengano in pratica, per le seguenti ragioni.

1.° La ferita, per quanto estesa possa essere, è *lineare* o *quasi lineare*, e non mai lacero-contusa: cicatrizza senza retrazione cica-

triziale, senza compromettere l'ampiezza del diametro del dotto comune, del sacco e del condotto naso-lagrimal;e;

2.° La parete inferiore del canaletto cicatrizza subito che si sospende la introduzione delle sonde, perchè è il tessuto connettivo perianbiente che ravvicina i margini della ferita, la quale si salda per seconda intenzione, secondata dalla cicatrice circostante;

3.° Perchè, esauriti i fatti reattivi, provocati prima dal turgore e prodotti infiammatorii, poi dagli atti operativi e conseguente cura sostitutiva, la mucosa restituita nella sua pristina integrità, riprende la sua funzione, specialmente la sua sezione anteriore mobile, concorrente al meccanismo di aspirazione delle lagrime. Aggiungasi il beneficio della scomparsa compressione esercitata dal legamento palpebrale interno già poco capace alla sua normale distensione ed elasticità, se pure non degenerato od atrofico, non che l'acquistata elasticità del muscolo di HORNER.

Tutti questi elementi anatomici sappiamo concorrere direttamente al meccanismo della conduzione delle lagrime; ed una volta riacquistata la loro normale attività, eserciterebbero una benefica legge di compensazione: sono essi che producono nel sacco un vuoto relativo, che le lagrime ricondotte dalla *vis a tergo* nel canaletto, opportunamente convertito in doccia sino al dotto comune, vanno a riempire.

Va però da sè, che in qualsivoglia caso in cui l'operatore riconosce necessario il concorso della chirurgia efficace, egli non deve trascurare il precetto di *conservare per quanto è possibile gli elementi anatomici nella loro normale integrità per non compromettere la libera conduzione delle lagrime.*

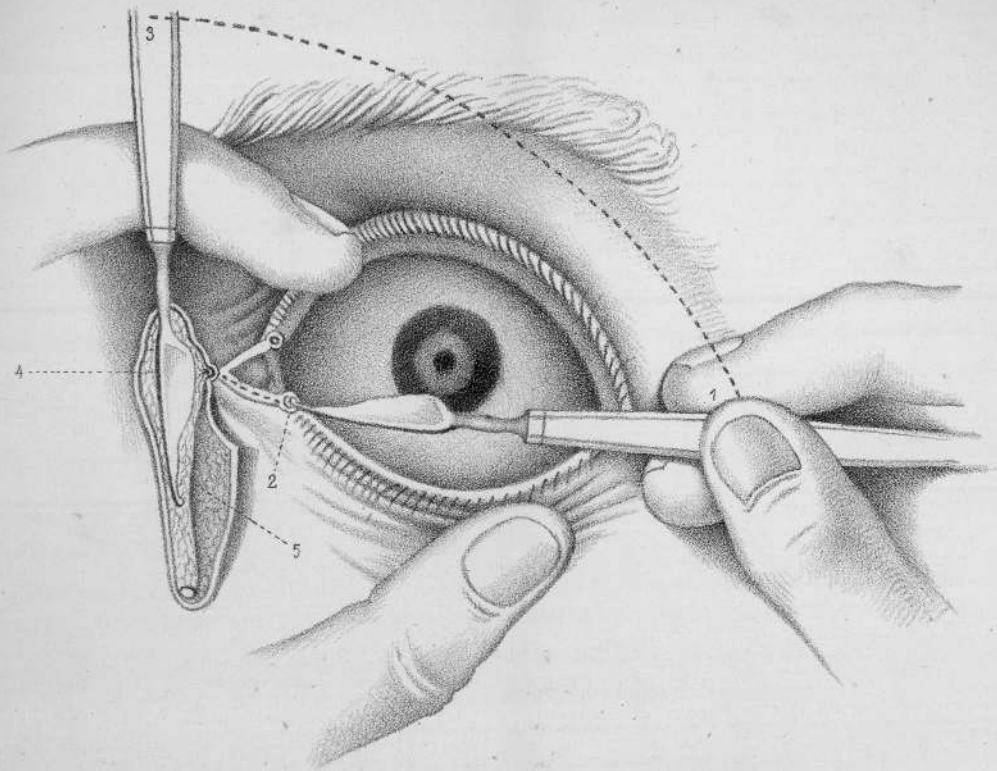
Questa Nota venne letta alla Riunione generale della Società italiana di Oftalmologia il 15 settembre 1885; e pubblicata negli ANNALI DI OTTALMOLOGIA, diretti dal Prof. QUAGLINO, Anno XIV, pag. 536 — Pavia, 1885.

SPIEGAZIONE DELLA FIGURA

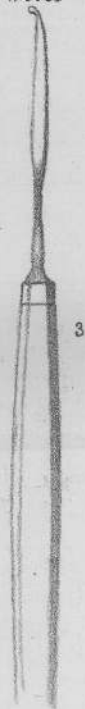
1. Posizione del DACRIOCISTOTOMO in primo tempo per incidere il canaletto lagrimale inferiore.
 2. 3. Posizione del coltellino in secondo tempo per incidere la parete superiore del sacco lagrimale e la parete inferiore del canaletto.
 4. Sacco lagrimale.
 5. Cute della regione del sacco lagrimale, rovesciata.
-
3. 2. 1. I coltellini STILLING, WEBER, MORANO messi in raffronto.

3257





Weber



Stilling



Morano







