

## CAPÍTULO XVII

### Afecciones de los párpados

La anatomía de los párpados merecería un largo estudio, por ser compleja é interesante. Los lectores que no estén suficientemente familiarizados con ella deberán acudir á los tratados de anatomía; para los otros bastará recordar aquí los principales detalles.

**1.º Capas diversas de los párpados.**—Los párpados comprenden siete planos superpuestos que son, partiendo de las partes superficiales á las partes profundas:

1.º La piel muy fina, en la que se encuentran arrugas dirigidas transversalmente;

2.º La capa celular subcutánea, lacia, que fácilmente se deja distender por los líquidos y por los gases;

3.º La capa muscular de fibras estriadas; estas fibras son las del orbicular, y las más internas se denominan músculo de Riolan;

4.º La capa celular submuscular; es análoga á la capa celular subcutánea;

5.º La capa fibrosa es el esqueleto de los párpados; presenta una porción central, constituida por los tarsos, y una porción periférica que corresponde al reborde orbitario de los ligamentos anchos de los párpados.

El tarso superior es el más importante; tiene la forma semilunar, de concavidad superior; el tarso inferior tiene la forma de un rectángulo largo y estrecho dirigido transversalmente; ambos están constituidos por tejido conjuntivo mezclado con fibras elásticas, sin la menor célula cartilaginosa (Waldeyer);

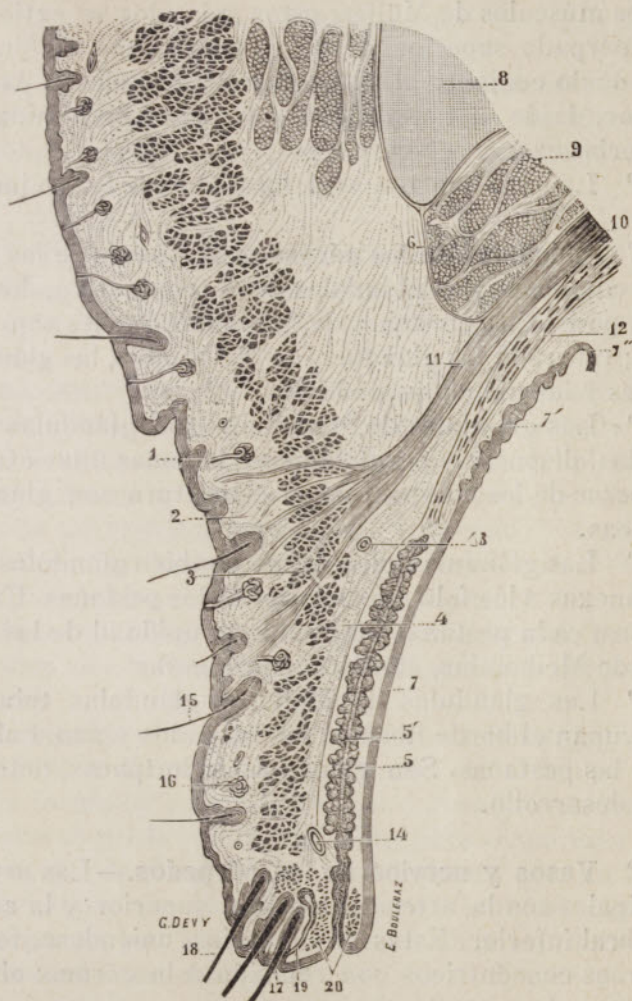


Fig. 232.—Corte sagital del párpado superior, para enseñar las diferentes capas (según un corte de Testut).

1, piel.—2, tejido celular subcutáneo.—3, manojos del orbicular cortados al través.—4, tejido celular submuscular.—5, tarso, con 5' glándulas de Meibomius.—6, ligamento ancho (*septum orbitale*).—7, conjuntiva palpebral con 7' su porción plegada, 7'' su fondo de saco.—8, borde superior de la órbita.—9, paquete célula adiposo de la cavidad orbitaria.—10, músculo elevador del párpado, con 11, su tendón conjuntivo; 12, su tendón muscular (*músculo palpebral*) de Müller.—13, arco arterial externo.—14, arco arterial interno.—15, pelo.—16, glándulas sudoríparas.—17, borde libre de los párpados, con 18, pestañas.—19, una glándula de Moll.—20, músculo de Riolan.



6.º La capa muscular de fibras lisas. Está constituida por los músculos de Müller; estos músculos se extienden: en el párpado superior, desde el tarso hasta el fondo de saco óculo-conjuntival correspondiente, en el párpado inferior, desde el tarso inferior hasta la proximidad del arco orbitario;

7.º La capa mucosa está formada por la conjuntiva.

**2.º Glándulas de los párpados.**—Aparte de las glándulas cutáneas y las glándulas de la conjuntiva, los párpados poseen tres órdenes de glándulas que les son peculiares; tales son las glándulas de Meibomius, las glándulas ciliares y las glándulas de Moll.

1.º Las glándulas de Meibomius son glándulas arracimadas, dispuestas paralelamente las unas á las otras en el espesor de los tarsos. Por su estructura son glándulas sebáceas.

2.º Las glándulas ciliares son también glándulas sebáceas anexas á los folículos pilosos de las pestañas. Existen dos para cada pestaña. Su producto, unido al de las glándulas de Meibomius, constituye la *legaña*.

3.º Las glándulas de Moll son glándulas tubulares que ocupan el borde libre de los párpados y van á abrirse entre las pestañas. Son glándulas sudoríparas, detenidas en su desarrollo.

**3.º Vasos y nervios de los párpados.**—Las arterias principales son la arteria palpebral superior y la arteria palpebral inferior. Estas dos arterias, uniéndose, forman dos arcos concéntricos con relación á la córnea: el arco interno y el arco externo.

El arco interno forma una primera red pretarsiana que conduce el líquido nutricio á todos los órganos que están situados por delante del tarso, y el arco externo forma la red retrotarsiana destinada á la conjuntiva.

Las venas tienen una distribución análoga. Los nervios motores proceden del facial; los sensitivos del nasal, del frontal interno, del frontal externo, del lagrimal y del sub-orbitario.

## § 1.—DERMATOSIS

Las afecciones de la piel de los párpados son muy comunes; estudiaremos particularmente el eritema, el eczema, el herpes, la erisipela y los trastornos secretorios.

**1.º Eritema.**—Pueden dividirse los eritemas de los párpados en congestivos é inflamatorios, agudos y crónicos; pero la transformación es muy fácil de los unos á los otros.

Las causas de este eritema local son diversas: unas veces se trata de un eritema calórico, provocado por el calor (de ahí que se observe en los obreros empleados en las fábricas de cristal, en las fundiciones, etc.); otras veces es un eritema traumático, consecutivo á rascaduras, frotés incesantes. Aquí intervienen como factores ordinarios: el lagrimeo, que puede depender de una afección de las vías lagrimales ó de una ametropía, las inflamaciones del borde libre, las inflamaciones de la conjuntiva.

El eritema está caracterizado por un enrojecimiento de la piel, ordinariamente localizado en el borde ciliar, bajo la forma de manchas lívidas ó rosadas, susceptibles de borrarse por la presión del dedo, para reaparecer inmediatamente después. Va acompañado de prurito más ó menos intenso que obliga al enfermo á frotarse á menudo los párpados; por lo demás, éste es el único síntoma, la sola molestia que aqueja.

Pero si la irritación de la piel es más intensa ó se prolonga, por falta de tratamiento, el dermis puede infiltrarse, y la superficie eritematosa puede presentar, aunque este hecho sea raro, vesículas, flictenas y ampollas; no se observan nunca fenómenos generales.

La supresión de las causas enumeradas es la mejor medicación. Sin embargo, debe intervenir se localmente por medio de cuidados higiénicos: se prescribirán vidrios ahumados, lociones calientes con una solución boricada,



luego una pomada, un tópico no irritante, como una de las fórmulas siguientes:

1.º	Agua oxigenada. . . . .	40	gramos	} (Unna)
	Vaselina . . . . .	20	»	
	Lanolina . . . . .	10	»	
2.º	Oxido de zinc. . . . .	} aa.	0.05	»
	Clorhidrato de cocaína . . . . .			
	Vaselina . . . . .	15	»	
3.º	Oxido de zinc. . . . .	} aa.	4	»
	Acido bórico . . . . .			
	Polvos de almidón . . . . .			

**2.º Eczema.**— Como el eczema de la cara, el eczema de los párpados es muy frecuente, sobre todo en los niños. Las más de las veces se trata de un eczema costráceo y seco, que sucede á veces á un eczema húmedo; es raro observar el eczema agudo, eczema rubrum, en cuyo caso es debido á la extensión de la misma afección de la cara á los párpados.

Los síntomas del eczema palpebral son un eritema con rubicundez, tumefacción y secreción serosa cuando la conjuntiva participa de la afección; más tarde hay descamación epidérmica furfurácea que puede durar meses y años, sin ocasionar otra molestia que cierto prurito, el cual, en los niños, es causa de otras lesiones que agravan la afección palpebral, á consecuencia del acto de rascarse.

Al cabo de cierto tiempo, existe hipertrofia del dermis con engrosamiento de la piel, que se agrieta á veces ó bien se retrae, provocando así el ectropion.

Lo mismo que el eczema de la piel, el eczema de los párpados parece obedecer á un estado constitucional; las diátesis escrofulosa y artrítica se encuentran siempre en el organismo del sujeto eczematoso. Pero existen causas externas, ocasionales, la alimentación viciosa, los agentes irritantes (frotés, rascaduras, etc.), que son tanto más activos cuanto más delicada es la piel; de esto depende que los niños de poca edad padezcan frecuentemente el eczema (Berlioz). Esto se aplica igualmente á los párpados.

El tratamiento debe ser local y general. Como tratamiento local, las lociones calientes y una pomada con:

Oxido de zinc. . . . .	0,15 gramos
Vaselina . . . . .	10 »

Las pomadas mercuriales están contraindicadas y no es raro encontrar enfermos que no toleran ninguna especie de pomada.

Como tratamiento general, evitar en el régimen los platos condimentados, los moluscos, los embutidos, las bebidas alcohólicas; prescribir el arsénico como antidiatélico; las aguas cloruradas sódicas prestan también buenos servicios.

**3.º Herpes zona, zona oftálmico.**—El zona oftálmico es una neuritis de la rama superior del trigémino (oftálmica de Willis), caracterizada por una erupción de herpes sobre el trayecto de las ramas enfermas, y por violentos dolores lancinantes, circumorbitarios; además, se observan frecuentemente trastornos oculares debidos á la participación de la rama ciliar y de la larga raíz del ganglio, y del nervio lagrimal: iritis, conjuntivitis y queratitis siempre graves.

Las vesículas de herpes residen en los párpados, la nariz y la frente; después de secarse dejan cicatrices blanquecinas, indelebles, análogas á las de la viruela.

La asociación herpes y dolor impone el diagnóstico.

La etiología del zona es oscura; como causas internas, el herpetismo, la arterio-esclerosis, son estados morbosos que predisponen á la alteración del sistema nervioso: por esto se encuentra el zona sobre todo en los hombres, y las más de las veces después de la edad de sesenta años. El zona oftálmico no es una enfermedad esencial, sino un síntoma; existen casos en que la localización primitiva de los fenómenos sensitivo-tróficos es central: Brissaud ha visto tres veces una hemiplejia cruzada suceder á un zona oftálmico.—Pero el zona depende, las más de las veces, de una neuritis; resulta de un traumatismo, de una compresión nerviosa por un tumor vecino.



El pronóstico es, pues, bastante grave, tanto por las complicaciones irido-corneales como por los desórdenes que el zona anuncia para el porvenir y que dependen, según Brissaud, de la distrofia arterial.

Contra la erupción, que dura tres semanas aproximadamente, se aplicará sobre las partes enfermas glicerolado de almidón; contra los dolores, compresas calientes, instilaciones de cocaína, de atropina; los calmantes: cloral, morfina, antipirina; las complicaciones oculares exigen un tratamiento apropiado.

**4.º Erisipela.**—La erisipela de los párpados es raras veces primitiva, pues ordinariamente es consecutiva á una erisipela de la cara; sin embargo, siendo de origen microbiano, estreptocócico, basta un rasguño cualquiera, una ulceración, una blefaritis, para abrir la puerta á la infección.

Se caracteriza por una rubicundez muy viva de los párpados, limitada por un rodete saliente; dada la relajación considerable del tejido celular de esta región, la tumefacción es enorme y produce la oclusión completa de la hendidura palpebral; los ganglios vecinos, preauriculares, parotídeos, submaxilares están infartados; los síntomas generales son poco acentuados.

La erisipela puede terminar por resolución; la infiltración plasmática se reabsorbe entonces, la tumefacción desaparece, el dermis palidece y todo se normaliza. Pero á veces se forma un absceso; la supuración puede propagarse al tejido celular de la órbita, dar origen á un flemon y provocar una flebitis de la vena oftálmica, una neuritis óptica seguida de meningitis y atrofia papilar.

El tratamiento debe encaminarse sobre todo á detener la evolución de la erisipela; se aplicarán antisépticos en forma de lociones calientes y en polvo (almidón boricado), y en cuanto se sospeche la presencia de pus, se incidirá el absceso y se lavará bien la cavidad con líquidos antisépticos. Si sobreviene una de las complicaciones graves mencionadas, se instituirá luego un tratamiento enérgico apropiado.

A propósito de la erisipela de los párpados, recordemos aquí que esta afección acarrea siempre la infección más ó menos evidente de las vías lagrimales. Una vez curada la enfermedad, quedan en el saco microbios capaces de dormirar más ó menos tiempo y de ocasionar más tarde recidivas. El acantonamiento de los estreptococos en las vías lagrimales da á comprender porqué la erisipela de la cara empieza á menudo en el ángulo interno del ojo.

Después de una erisipela de los párpados deberá lavarse el saco lagrimal con nitrato de plata á fin de prevenir las recidivas.

### 5.º Trastornos secretorios. Seborrea de los párpados.

—Esta denominación es debida á una hipersecreción de materia grasa, causada por un trastorno de nutrición de las glándulas sebáceas y de los folículos pilosos; es, pues, una variedad de acné sebáceo fluente; las lociones con bicarbonato de sosa y la pomada de óxido de zinc son muy útiles en estos casos.

Más frecuentemente, en los neurasténicos, en los histéricos, sobre todo después de los cuarenta años, se observa una hipersecreción, cuyo origen se encuentra en las glándulas sudoríparas, hipersecreción coloreada, negro-azulada, que cubre los párpados, sobre todo el inferior; esta *cromidrosis*, de origen nervioso, se tratará combatiendo la enfermedad nerviosa que influye sobre la secreción cutánea (Parrot); así, pues, tratamiento general; tónicos, hidroterapia, régimen particular; como tratamiento local, fricciones sobre los párpados con una pomada de bióxido amarillo de mercurio, ó aceite biyodurado.

La *efidrosis*, caracterizada por una transpiración abundante, acompaña la efidrosis de la cara; se tratará la anemia, el nervosismo del sujeto, y se lavará la región con soluciones astringentes: agua de hojas de nogal con borato de sosa, y se favorecerá la diuresis renal.

Mencionemos, para terminar, la hematidrosis, sudores de sangre que se producen en los párpados en el acto de la supresión de las reglas, en ciertas fiebres graves, á consecuencia de violentas emociones, etc.



## § 2.—INFLAMACIONES DEL BORDE LIBRE

Las afecciones del borde libre que merecen un interés especial, son la blefaritis ciliar y el distiquiasis.

**1.º Blefaritis ciliar ó marginal.**—Es la inflamación de los párpados, más particularmente localizada en el borde libre, y de ahí su nombre de blefaritis marginal, y que afecta sobre todo al aparato glandular, y de ahí también el nombre de blefaritis glándulo-ciliar con que también se la designa.

a. *Etiología.*—Se la observa sobre todo en los niños y en los jóvenes linfáticos ó escrofulosos; por regla general se observan al mismo tiempo infartos ganglionares cervicales, impétigo del cuero cabelludo, de las orejas y de la cara. Así como el temperamento estrumoso ofrece un terreno favorable á la blefaritis durante la edad juvenil, del mismo modo la diátesis herpética se encuentra frecuentemente en el adulto que sufre esta afección palpebral. También con frecuencia la inflamación se explica simplemente por una causa local; así los vicios de la refracción no corregidos, con la astenopia acomodativa y el lagrimeo que provocan, las conjuntivitis crónicas, sobre todo las granulaciones, las afecciones de las vías lagrimales, todas estas lesiones de vecindad se complican con bastante frecuencia de blefaritis rebeldes. Deben indicarse, por último, las causas ocasionales, capaces de originar y de sostener la blefaritis: tales son la permanencia en un aire cargado de polvillo, de vapores irritantes (humo, tabaco), las vigiliias prolongadas, la exposición á los rayos luminosos de un foco demasiado vivo: luz eléctrica, combustión de acetileno.

Igualmente pueden observarse el pitiriasis, el favus, el pitiriasis de los párpados que han engendrado verdaderas blefaritis; pero estas localizaciones son raras y exigen, aparte de la presencia de pedículos ó de liendres, un examen minucioso y los conocimientos de un dermatólogo.

b. *Sintomas.*—Los síntomas de la blefaritis ciliar son

los siguientes: *al principio*, rubicundez del borde libre de los párpados con ligera tumefacción; en la base de las pestañas, hechas quebradizas, pequeñas escamas más ó menos adherentes que les imprimen direcciones variables; si se hacen caer estas costritas, se encuentra debajo de ellas una fina ulceración. El enfermo aqueja prurito, á veces muy vivo, que reviste el carácter de sensación de dolor. Se observa habitualmente un poco de lagrimeo.

Las lesiones pueden quedar largo tiempo con este grado de intensidad, ó tardar más ó menos tiempo en llegar al segundo período de la enfermedad, pues progresan continuamente cuando se abandonan á sí mismas. En este *segundo período*, la rubicundez y la tumefacción son muy marcadas, las pestañas están aglutinadas entre sí por costras muy espesas, que cubren ulceraciones más profundas; la caída de las pestañas es más abundante, el dolor y el prurito son más acentuados.

En el *último grado*, caída casi completa de las pestañas; los bordes libres están uniformemente rubicundos y ulcerados (ojos de anchoa), están desviados hacia adentro ó hacia afuera, provocando así á veces el entropión, y frecuentemente el ectropion con todas sus graves consecuencias; el lagrimeo se exagera por efecto de la eversión de los puntos lagrimales, y puede producirse una dacriocistitis secundaria.

Tales son, en su evolución general, los síntomas de las blefaritis ciliares; para terminar esta descripción, digamos con Terson que pueden dividirse las blefaritis en dos variedades: 1.º, las variedades supuradas; 2.º, las variedades escamosas.

Las *variedades supuradas* son foliculitis orificiales (porofoliculitis de Besnier) ó profundas. Estas foliculitis agudas ó crónicas están constituidas por pústulas perifoliculares que, abiertas espontáneamente, ó por la epilación, muestran su cráter ulcerado, ó que, no abiertas todavía, forman en la base del pelo una cúpula amarillenta; al mismo tiempo se forman verdaderos orzuelos que no son sino foliculitis profundas. El agente infectivo es aquí el estafilococo dorado.



Las *variedades escamosas* comprenden cierto número de tipos. En el primer tipo, se trata de verdaderas películas farináceas; en el segundo, el borde palpebral está cubierto de costras amarillas, unas veces friables, otras veces flexibles y grasas como la cera ó la miel; puede existir como una seborrea oleosa (Terson). Por último, pueden producirse todas las variedades de pitiriasis y de eczema.

El pronóstico de las blefaritis es muchas veces grave y no es raro ver aparecer en los casos rebeldes complicaciones como la eversión de los párpados y de los puntos lagrimales, el triquiasis, y con frecuencia, sobre todo en los niños, complicaciones oculares.

c. *Tratamiento.*—El tratamiento de la blefaritis varía necesariamente según la etiología de esta afección. Es preciso ocuparse ante todo del estado general del enfermo, combatir el estruma, la anemia, el herpetismo, con una medicación apropiada; si existe alguna lesión de vecindad, vicios de refracción, empiema del saco lagrimal, conjuntivitis crónicas, etc., deberá instituirse contra estas enfermedades el tratamiento racional. Al mismo tiempo, para combatir directamente la blefaritis, se prescribirá: en el primer grado, lociones calientes con agua boricada, y la siguiente pomada:

Vaselina . . . . .	10	gramos
Cocaína . . . . .	0,03	»
Oxido de zinc . . . . .	0,20	»

Aplicáese mañana y tarde sobre los párpados, después de limpiar bien los bordes libres.

Los párpados deben protegerse con vidrios ahumados, en forma de concha, contra la luz y el polvo.

En el segundo período, se procurará desprender las costras que aglutinan las pestañas, y se depilarán las pestañas enfermas; se harán luego lavados antisépticos, y se aplicará después sobre los bordes palpebrales una de las dos pomadas siguientes:

Calomelanos . . . . .	0,15 gramos
Vaselina . . . . .	5 »
Lanolina . . . . .	5 »
Bióxido amarillo de Hg. . . . .	0,05 gramos
Vaselina . . . . .	5 »
Lanolina . . . . .	5 »

Wecker preconiza la fórmula siguiente, que consideramos algo irritante:

Precipitado rojo (obtenido por la vía húmeda) . . . . .	0'10 gramos
Vaselina . . . . .	10 »

Cuando las lesiones son muy avanzadas, se cauterizarán con nitrato de plata las ulceraciones que rodean la base de las pestañas, ó bien se aplicarán compresas empapadas en soluciones astringentes: sulfato de zinc, extracto de Saturno á 1 por 100. Los cuerpos grasos, en este período, están más bien contraindicados.

En el tratamiento de la blefaritis deberá atenderse mucho á la diátesis causal; si entra en juego el artrismo no se prescribirá ninguna pomada mercurial; este género de pomada es por el contrario muy recomendable cuando el enfermo es linfático.

**2.º Distiquiasis.**—Es la desviación de las pestañas que están dirigidas, las unas hacia afuera, las otras hacia adentro; estas últimas van á frotar la superficie de la córnea ó de la conjuntiva bulbar, y determinan, por efecto de esta irritación, queratitis y conjuntivitis crónicas muy dolorosas. En la etiología de esta afección se encuentran como causas principales: las conjuntivitis granulosas, la blefaritis ciliar, las cicatrices diversas del borde libre, consecutivas á quemaduras, pústulas de viruela, etc.

En vez de existir algunas pestañas regularmente dirigidas hacia afuera, y las otras hacia adentro, puede observarse una tercera hilera de pestañas que han sufrido otra desviación: se trata entonces del *tristiquiasis*.

Distiquiasis y tristiquiasis constituyen simplemente



variedades de *triquiasis*, que designa, de un modo más general, las desviaciones cualesquiera, parciales ó totales, de las pestañas, dependiendo de su implantación irregular, congénita ó adquirida, bajo la influencia de las causas precipitadas.

El triquiasis, que coincide á menudo con el entropión, se distingue de éste en que el tarso no está abarquillado, ni el borde libre invertido hacia adentro.

Contra el triquiasis no debe naturalmente intervenir de otro modo que con procedimientos quirúrgicos; pero es preciso recurrir á ellos lo más pronto posible para evitar las complicaciones de la enfermedad, más graves de por sí que la afección primitiva.

### § 3.—LESIONES INFECTIVAS

Entre las lesiones infectivas mencionaremos el antrax, la pústula maligna y las afecciones sifilíticas.

**1.º Antrax.**—El antrax y el forúnculo son dos variedades de foliculitis, debidas á la inflamación de las glándulas pilo-sebáceas, anexas á los bulbos de las pestañas, enfermedades microbianas producidas por la penetración de agentes infectivos variados (estafilococo, estreptococo, *b. anthracis*) en el folículo.

Se observan en cualquiera de los dos párpados; sin embargo, su sitio de predilección es el párpado superior, y el antrax se localiza preferentemente al nivel de la ceja.

El forúnculo del párpado, aparte de los caracteres particulares que presenta en las otras regiones del cuerpo, resulta aquí más grave por las complicaciones que puede provocar; provoca, en efecto, la conjuntivitis purulenta, un edema enorme de los párpados, que ordinariamente se atenúan espontáneamente una vez eliminado el clavillo. Pero á veces se declara un flemón del párpado, un flemón de la órbita, ó una flebitis de las venas oftálmicas con amenaza de muerte por trombosis del seno cavernoso.

El antrax se desarrolla frecuentemente en individuos atacados de afecciones predisponentes diatésicas (albumi-

nuria, diabetes), ó debilitados por una causa cualquiera. El tratamiento del antrax deberá, pues, dirigirse igualmente al estado general del enfermo.

Los cuidados locales que deben emplearse dependen del período en el cual se instituye el tratamiento: al principio, las lociones antisépticas, las compresas húmedas, pueden detener la evolución del mal; cuando está formado el pus, una incisión inmediata dará salida al clavillo, y se curará la herida con una pomada de bióxido amarillo de mercurio ó de yodoformo.

Las complicaciones exigen un tratamiento especial apropiado. Consecutivamente á estas flegmasias, se ven á veces producirse, sobre todo después del antrax, cicatrices deformes privadas de pestañas, el simbléfaron, el ectropion, según los desórdenes engendrados.

**2.º Pústula maligna.**—Esta afección, de igual naturaleza, de igual origen que el edema maligno y carbunculo, afecta también á los mismos individuos expuestos, por su profesión, al contagio del carbúnculo: tales son los carniceros, descuartizadores, curtidores, pastores, palafraneros, veterinarios. La marcha de la enfermedad es muy rápida si nada se le opondrá; al principio, tumefacción blanda é indolente del párpado, las más de las veces en el párpado superior; desde el segundo día, aparición de una flictena, á cuyo alrededor se ve una zona rubicunda, edematosa, que pasa á negra en pocas horas, y se transforma en una placa gangrenosa. El párpado está entonces infiltrado de pus y de sangre; la escara se elimina, y el mal puede detenerse ó generalizarse.

En el primer caso, la cicatrización se verifica por melones que llenan la pérdida de substancia.—En el segundo, la infección se extiende, son invadidos la cara y el cuello, y la enfermedad acaba con el paciente.

Impónese rigurosamente un tratamiento enérgico: tan luego como se establezca el diagnóstico, al aparecer la flictena, debe ésta incindirse ampliamente pasando más allá de la aureola que la circunda; se lava la herida con una solución fenicada fuerte, y se cauteriza toda la región



con el termocauterio. Reemplázanse á veces las cauterizaciones con el hierro candente por inyecciones subcutáneas de ácido fénico al 1/20º, ó de tintura de yodo. Al mismo tiempo se tonifica al enfermo, y se hace la anti-sepsia general por medio del salicilato de bismuto ó el benzonaftol.

**3.º Afecciones sifilíticas.**—Las afecciones sifilíticas de los párpados son raras; es la lesión ulcerosa que sobrepaja á las otras en frecuencia, y la ulceración más frecuentemente observada es el chancro.

Se han observado placas mucosas, sífilides papulosas, pustulosas, tuberculosas, que no ofrecen ningún carácter particular de la región; ulceraciones secundarias, consecutivas á pústulas de ectima, sobre todo en los niños; ulceraciones terciarias, que sobrevienen después de la supuración de tumores gomosos subcutáneos ó periósticos.

El chancro reside ordinariamente en un solo párpado, el párpado inferior; ataca más comúnmente el borde libre, á veces las comisuras ó la cara interna de los párpados. Es más frecuente en los individuos jóvenes y en el sexo masculino.

Su forma semilunar, la induración de su base, la adenopatía preauricular ó cervical, aseguran el diagnóstico.

Tratamiento local del chancro: pomada de calomelanos.

Tratamiento general específico.

**4.º Actinomicosis.**—Puede ser primitiva ó secundaria: la afección primitiva se produce bajo la forma nodular ó macular; fórmanse luego úlceras actinomicósicas cuyo fondo presenta granulaciones amarillentas típicas; los ganglios no están infartados; más á menudo, la afección es secundaria en el sentido de que se trata de una actinomicosis de la cara, propagada á los párpados.

Los nódulos de actinomicosis son verdaderos tubérculos compuestos de una masa más ó menos degenerada de células epitelioides, de células gigantes con el hongo característico en el centro; el parásito se propaga lentamente, por hileras, á lo largo de los intersticios muscula-

res; se produce una especie de enquistamiento y de ahí que la actinomicosis llegue á simular tumores enormes.

El yoduro potásico al interior, el raspado, la electrolisis, las cauterizaciones de cloruro de zinc, constituyen la base del tratamiento.

**5.º Chalación.**—El chalación es un pequeño tumor comprendido en el espesor del cartilago tarso, y cuyo volumen no excede apenas al de un gran guisante, aun al llegar al máximum de su desarrollo.

Al principio, se constituye á expensas de una glándula de Meibomius cuya secreción se halla más ó menos entorpecida; este producto se inflama, pero no se forma consecutivamente un quiste por retención, porque las paredes de la glándula ceden pronto á este proceso y la neoplasia después de adenitis y periadenitis, se desarrolla en el tarso crónicamente; sus elementos se confunden poco á poco con los del cartilago modificado á su alrededor; en el límite de esta transformación, el tejido fibroso del tarso está más condensado, pero sin constituir una pared propia: el chalación no es, pues, un quiste verdadero. Es un *granuloma* (Virchow) en cuyo interior se encuentran algunas células gigantes, si bien que sin importancia.

Puede hasta llegar á pasar más allá del tarso y formar prominencia hacia la conjuntiva ó hacia la piel. Raras veces el tumor se inflama en este período; en este caso provoca rubicundez del párpado, á veces quémosis, luego se adhiere á la piel, que se perfora, y el pequeño absceso se evacua al exterior. Las más de las veces, el chalación, cuando se le abandona á su evolución, acaba por organizarse en tejido fibroso denso, ó bien se resuelve espontáneamente por degeneración grasienta.

El diagnóstico de esta afección es muy sencillo: tumor indoloro, redondeado, sin adherencia con la piel, la cual se desliza fácilmente por delante del mismo; invirtiendo el párpado, como la conjuntiva tarsiana está igualmente interesada en la flegmasia, se observa una zona de inyección, aproximadamente circular, que contrasta por su rubicundez con el tinte rosado de la conjuntiva circunvecina.



A este nivel, y paralelamente al borde libre del párpado, es donde ha de practicarse la incisión, cuando se desea practicar la extracción por la vía conjuntival. Pero también puede operarse por la piel. Este método, la ablación radical, es el único tratamiento eficaz.

Los chalaciones blandos, por voluminosos que sean, pueden tratarse por el raspado, mediante una incisión conjuntival que permita introducir una cucharilla de Volkman. Es del todo inútil el empleo de la pinza de Desmarrés que casi nunca empleamos; basta invertir el párpado y levantarlo entre los dedos para hacer esta pequeña operación muy fácilmente.

Los chalaciones duros deberán tratarse por la extirpación mediante una incisión cutánea y una disección exacta. Una inyección de cocaína permite hacer, sin dolor alguno, la extirpación lo mismo que el raspado.

Por lo demás, no sobreviene la recidiva, y si se produce un tumor del mismo género á este nivel, se trata de un nuevo chalación desarrollado á expensas de una glándula de Meibomius vecina.

#### § 4.—LESIONES DE LOS MÚSCULOS

En el aparato muscular palpebral puede presentarse un gran número de afecciones; describiremos el blefarospasmo, el ptosis adquirido, la parálisis del orbicular, el ectropion y el entropión.

**1.º Blefarospasmo.**—El blefarospasmo es una contractura del músculo orbicular de los párpados; á veces, aunque muy raras, una contractura del elevador.

Esta contracción convulsiva del orbicular se observa bajo dos formas: clónica ó tónica.

El espasmo clónico es el menos frecuente; ordinariamente es muy pasajero, pero se reproduce muy pronto; otro carácter que ofrece es el de ser parcial, afectando solamente algunos haces del músculo, habitualmente las fibras de la porción palpebral.

Las causas del blefarospasmo clónico son numerosas.

Unas veces depende del estado nervioso del sujeto (pestaño, tic doloroso de la cara), ó de sacudidas morales, ó de una debilidad cualquiera del organismo. A veces depende de un vicio de refracción, á menudo de la astigmia, á veces de una excitación del orbicular, refleja (flictenas de la conjuntiva, de la córnea, cuerpos extraños, etc.) ó directa. Esta excitación directa es fácil de observar en el caso particular en que resulta de una inyección en los párpados: sea de cocaína para la anestesia local; sea de un líquido antiséptico ó cualquiera cuando una falsa vía, un desgarró de la mucosa del canalículo lagrimal permiten que la inyección pase al tejido celular del párpado.

El espasmo tónico ofrece, en apariencia, mayor gravedad. En efecto, es continuo, é impide abrir el ojo; afecta la totalidad del orbicular y no desaparece siempre durante el sueño. Sin embargo, esta forma de blefarospasmo es tan curable, si no más, que la precedente; es preciso dirigirse á la causa del mal, siempre fácil de descubrir, si bien que en esta etiología intervienen numerosos factores.

En efecto, el blefarospasmo tónico es, las más de las veces, sintomático de afecciones que podemos dividir en tres grupos bien distintos:

1.º Afecciones de la córnea (queratitis, cuerpos extraños) ó de la conjuntiva (flictenas, tracoma) que provocan la fotofobia;

2.º Caries dentaria, ulceraciones bucales, lesiones de la lengua, del oído, que provoquen neuralgias del trigémino y que á su vez repercutan sobre el facial que inerva al orbicular; este es, propiamente hablando, el blefarospasmo reflejo;

3.º Puede ser consecuencia de una enfermedad general nerviosa; en efecto, se ha observado en paráliticos generales, en epilépticos, en degenerados de toda clase. Pero indudablemente en la etiología de estos casos de blefarospasmo sin lesión, el histerismo es el que ocupa el lugar preferente.

Es preciso indicar que en la última categoría de las causas que acabamos de enumerar, el blefarospasmo es



generalmente doble; mientras que las otras causas provocan un blefarospasmo unilateral,

El tratamiento del espasmo clónico y del espasmo tónico dependientes de una causa local, de proximidad, es fácil y la curación queda garantizada por numerosos medios apropiados: colirios de cocaína, de atropina, elección de vidrios correctores, anteojos ahumados, dilatación forzada del esfínter palpebral, cantoplastia, compresión, sección ó avulsión de las ramas sub-orbitarias y supra-orbitarias del trigémino, etc.

Si el blefarospasmo constituye una de las manifestaciones del histerismo, la curación podrá obtenerse por medio de la sugestión, bajo todas sus formas, y particularmente la cauterización de la conjuntiva bulbar.

**2.º Ptoxis adquirido.**—El ptoxis adquirido, ó blefaroptosis, es la caída del párpado superior, más ó menos completa, según que el músculo elevador esté paralizado ó simplemente paresiado. Un solo síntoma basta para caracterizar la insuficiencia de este músculo; es la oclusión parcial ó total de la hendidura palpebral por el párpado superior, que cae inerte y liso sobre el globo del ojo, sin que el enfermo pueda levantarlo voluntariamente; con el dedo puede fácilmente descubrirse el globo; esta particularidad, unida á la contracción del frontal, que prueba de suplir la acción del elevador y arruga la piel de la frente, distingue el ptoxis del blefarospasmo, en el cual la contractura del orbicular resiste al dedo que trata de levantar el párpado plegado y tenso.

Diversas causas engendran este ptoxis adquirido.

1.º La más frecuente es la parálisis parcial ó total del tercer par, que inerva el elevador del párpado; parálisis que depende de enfermedades generales, sífilis, tabes, reumatismo;

2.º El ptoxis puede depender de contusiones, de heridas de la región, que hayan interesado directamente el nervio ó el músculo;

3.º Por último, las oftalmías prolongadas, el tracoma, por ejemplo, provocan frecuentemente cierto grado de

blefaroptosis; se han descrito también ptosis seniles, debidos á la relajación de los tegumentos; ptosis debidos á una acción mecánica: tumores, infiltración grasienta, elefantiasis, etc.

El tratamiento varía, naturalmente, con la causa; si la etiología reside en una afección general, como la sífilis, el tratamiento general apropiado es susceptible de procurar la curación. Si la causa es puramente local, se acudiría, sea á un método paliativo, como el uso de una pinza especial, pinza de ptosis, sea más bien al tratamiento quirúrgico, particularmente al que tiene por objeto suplir al elevador del párpado por el frontal (véase el capítulo de la *Cirugía ocular*).

**3.º Parálisis del orbicular, lagofthalmos.**—La acción del orbicular consiste en producir la oclusión de los párpados; si el músculo está paralizado ó paresiado, el síntoma capital será el ensanche permanente de la hendidura palpebral; el párpado superior, abandonado á la acción del antagonista, el elevador, se dirige hacia arriba; el párpado inferior, inerte, cae separándose ligeramente del globo ocular.—Consecuencias: el globo ocular, la córnea, expuestos libremente al aire, se hallan sometidos á múltiples irritaciones procedentes del exterior; existe secreción exagerada de las lágrimas, y estando desviados los puntos lagrimales, se produce epífora; la complicación ordinaria es la queratitis séptica, que puede terminar por la perforación de la córnea.

La parálisis del orbicular depende de una lesión del nervio facial; puede, pues, coincidir con una parálisis de todos los músculos que éste inerva; las más de las veces indica una lesión periférica.

Se han alegado como causas el frío, el reumatismo y muchas otras diátesis: sífilis, lepra, diabetes, etc.

Fuera de la parálisis del orbicular, existen otras causas que pueden provocar la inoclusión de los párpados, el lagofthalmos: por ejemplo, los tumores de la órbita, del ojo, con exoftalmía, la enfermedad de Basedow.

El tratamiento deberá dirigirse ante todo á la causa



general: frío ó sífilis, á los que se opondrá la electricidad ó el mercurio. Es necesario luego proteger el globo, para lo cual se utilizan diversos métodos quirúrgicos; la sutura de los párpados ó tarsorrafia es el mejor procedimiento.

**4.º Ectropion.**—El ectropion es la inversión de los párpados hacia afuera; se observa las más de las veces en el párpado inferior.

Los trastornos que provoca son más ó menos intensos según el grado de la inversión, que puede variar desde una simple eversión del borde ciliar hasta el basculamiento completo del cartilago tarso y la exposición libre del fondo de saco pálpebro-conjuntival. Los síntomas que se observan, pues, en grados variables, son lagrimeo, blefaritis, conjuntivitis, dacriocistitis é inflamaciones de la córnea, que resultan á menudo complicaciones muy serias.

Se han distinguido tres grandes categorías de ectropion, refiriéndose á causas diferentes: 1.º, el ectropion *mucoso*, debido comúnmente á una inflamación crónica de la conjuntiva, de las vías lacrimales, al lagrimeo; 2.º, el ectropion *senil*, que se observa en los ancianos á consecuencia de la pérdida de tonicidad del músculo orbicular; á esta variedad se enlaza el ectropion muscular, debido á la parálisis del facial superior; 3.º, el ectropion *cicatricial*, consecutivo á quemaduras de los párpados, á ulceraciones luposas ó variolosas, á gomas ó á ósteo-periostitis del borde inferior de la órbita.

Los procedimientos del tratamiento varían algún tanto según las causas, pero casi todos son de orden esencialmente quirúrgico.

**5.º Entropión.**—El entropión es la inversión del borde ciliar hacia adentro con abarquillamiento del tarso. Esta deformación se presenta en uno de los dos párpados con una frecuencia casi igual, y á menudo en los dos; es fácil comprender que la irritación de la conjuntiva y de la córnea por las pestañas que con éstas contactan, determina rápidamente la aparición de una querato-conjuntivitis cró-

nica con fotofobia y blefarospasmo, que molestan enormemente al enfermo.

Las causas del entropión son, por orden de frecuencia, la conjuntivitis granulosa, la triquiasis, las heridas y las quemaduras de la conjuntiva palpebral. Esta afección sólo es curable con un procedimiento quirúrgico.

### § 5.—TUMORES DE LOS PÁRPADOS

Sin describir detalladamente las neoplasias muy numerosas de los párpados, haremos aquí la historia sucinta del millium, del molluscum, del dacryops, de los tumores erectiles, del xantelasma, del neuroma plexiforme, del fibroma, del sarcoma y de los epitelomas.

**1.º Millium.**—El millium ó acné miliar, es un pequeño tumor debido á la retención, en el fondo de saco de una glándula sebácea, de su producto de secreción. Se trata, pues, de un pequeño quiste sebáceo, que proemina en la superficie del párpado, de color amarillento y cuyas dimensiones no exceden á las de un grano de mijo.

**2.º Molluscum.**—Es igualmente un quiste por retención, un quiste sebáceo, pero difiere del millium por su volumen superior y por el contenido que de él puede expresirse, que es de color pardusco, exhala un olor de ácido graso, y que, según algunos autores, es capaz de contagiar las glándulas vecinas; por esto se le designa aún con el nombre de *molluscum contagiosum*, justificado hasta cierto punto, puesto que coincide ordinariamente con el molluscum de la cara, y muy á menudo el párpado presenta varios de estos quistes.

Cualquiera que sea el volumen de estas producciones sebáceas, la incisión simple, con raspado de las paredes del quiste, basta para eliminar el tumor.

**3.º Dacryops.**—El dacryops es un quiste de la porción palpebral de la glándula lacrimal; esta afección se denomina también tumor lagrimal externo. Puede presentarse



con ó sin fistula; la variedad fistulosa va acompañada ó no de tumor.

Schmidt, el primer autor que describió esta enfermedad, suponía que el dacryops es para la glándula lagrimal palpebral, lo que la ranilla es para las glándulas salivales; este tumor del párpado sería debido á la obliteración de un conducto glandular escretor, y de ahí la acumulación de las lágrimas en este conducto. Del mismo modo la secreción lagrimal puede distender, no ya el canal, sino una de las eminencias acinosas palpebrales ó todo un lóbulo glandular. La opinión de Beer no es inadmisibile; según él, el dacryops sería debido al derrame de lágrimas en el tejido celular del párpado, por efecto de la ruptura del conducto escretor; esta hipótesis podrá bien conciliarse con el origen frecuente del tumor, que resulta comúnmente de un traumatismo. Hemos observado un caso en el cual la pared del quiste estaba revestida de epitelio cilíndrico glandular.

Tumor indolente, localizado en la parte súpero-externa del párpado superior, del tamaño de una pequeña cereza, sin coloración anormal de la piel, que aumenta de volumen cuando el enfermo llora ó se expone al aire; que, por otra parte, no perturba sensiblemente las funciones del aparato lagrimal ó los movimientos del ojo; estos datos permiten fácilmente el diagnóstico.

En la variedad fistulosa, cuando se ranversa el párpado, puede verse salir una gotita de líquido por el orificio puesto al descubierto.

Se ha combatido esta afección por medio de la ablación completa del tumor, como en los quistes ordinarios y el chalación.

**4.º Tumores eréctiles.**—En los párpados, lo mismo que en cualquier otra región, pueden encontrarse manchas vasculares, angiomas que, por lo demás, no ofrecen caracteres particulares. Son tumores congénitos, susceptibles de desarrollarse hacia el exterior, sobre la cara y la frente, ó hacia el interior, la conjuntiva y la órbita; son arteriales y, en estos casos (angiomas cutáneos), de colo-

ración rosada, ó venosos (angiomas subcutáneos), de color violáceo, de consistencia blanda; y que presentan á veces un crecimiento rápido.

Contra estos *nevi*, las cauterizaciones con el termo ó gálvano-cauterio y la electrolisis han dado excelentes resultados, después de varias aplicaciones en diferentes puntos del tumor eréctil.

**5.º Xantelasma.**—Esta afección es una especie de vitiligo, constituido por manchas ó placas más ó menos salientes, de color de hoja seca ó arcilloso, que residen con preferencia alrededor del ángulo interno del ojo.

Se observa sobre todo en la mujer, después de la menopausia; ha parecido estar á veces en relación con ciertas afecciones hepáticas, diabetes, ictericia, etc., y los embarazos múltiples.

El xantelasma, para la mayoría de los histólogos, es debido á una infiltración grasienta de las células alrededor de los nervios y de los vasos.

El pronóstico de esta enfermedad es del todo benigno; el xantelasma no molesta más que por su aspecto desagradable. En los enfermos que, por coquetería, quieren librarse de él, se escinde simplemente la placa y se procura obtener una reunión muy exacta, por primera intención.

**6.º Neuroma plexiforme.**—A la inversa del xantelasma, esta afección reside preferentemente en el ángulo externo del ojo, desde donde puede extenderse lentamente en todos sentidos. Este tumor se presenta bajo el aspecto de una tumefacción difusa, sin ninguna alteración de la piel; á la palpación se percibe una masa indurada con nudosidades, unas indolentes y otras dolorosas á la presión.

Esta neoplasia puede hasta deformar el plano óseo cerca del cual se desarrolla: ceja, arco zigomático.

La disección ha demostrado que las nudosidades son debidas á la hipertrofia del tejido fibroso que envuelve los tubos y haces nerviosos: neurilema, tabiques intra y extra-fasciculares; bajo su influencia las fibras nerviosas



degeneran, desaparecen y son reemplazadas por esta hiperplasia conjuntiva.

Tratamiento: extirpación.

**7.º Fibromas.**—Aparte del neuroma plexiforme que, por su estructura, debería denominarse neuro-fibroma, pueden encontrarse fibromas puros, aunque rarísimamente; á menudo se asocian á él elementos óseos, cartilaginosos y hasta el sarcoma.

**8.º Sarcomas.**—Los tumores de este género son poco comunes, y son casi siempre secundarios, es decir, debidos á la propagación de un sarcoma de la órbita. Consecutivamente á un traumatismo hemos observado un sarcoma melánico; pero los ejemplos son sumamente raros.

El sarcoma del párpado es un tumor de consistencia blanda, que no tarda en adherirse á la piel; los ganglios vecinos se infartan, la piel se ulcera, y á través de esta perforación se escapa una masa abollonada y fungosa. El único tratamiento conveniente es una extirpación *larga manu*, si la neoplasia es bastante limitada y si no existen todavía metastasis viscerales.

**9.º Epitelioma. Cuernos.**—Se observan dos variedades de epitelioma de los párpados: uno relativamente benigno, frecuente en los ancianos, localizado preferentemente al nivel del borde libre é interno del párpado inferior, y probablemente debido á la irritación causada por la epífora; la variedad maligna nace á expensas de las glándulas sebáceas ó sudoríparas. Nótase entonces una repercusión ganglionar precoz, el tumor subcutáneo se reblandece y se ulcera; los bordes de la ulceración se hallan cortados á pico, desgarrados, con pequeñas induraciones en la piel; el fondo es sanguinolento, sanioso; esta variedad maligna aumenta en profundidad, ataca la conjuntiva é invade la órbita.—El epitelioma benigno está constituido por una ulceración más bien extendida en superficie, sin pasar del dermis; afecta, pues, una marcha muy lenta, y de ahí que su pronóstico sea bien diferente.

Las aplicaciones de pioctanina ó de clorato de potasa pueden curar el epiteloma benigno. En caso de no ser así, se acudiría, como en la forma maligna, á la extirpa-



Fig. 233.—Cuerno palpebral ( $\frac{2}{3}$  del tamaño natural).

ción radical y amplia de la neoplasia, estando dispuestos á practicar una blefaroplastia para asegurar la protección del globo ocular.

Al lado del epiteloma debemos describir los cuernos de la piel, que pueden á veces alcanzar grandes dimensiones, como lo atestigua el ejemplo representado por la figura 233.

Los cuernos nacen en las papilas, teoría papilar (Rindfleisch), en la red mucosa por encima del cuerpo papilar (Kaposi) ó en el epidermis (Unna), teoría epidérmica. En nuestro caso, el cuerno era una producción del epidermis que contenía glóbulos epidérmicos distintos. Las papilas estaban hipertrofiadas y envueltas en un capuchón epidérmico muy pronunciado; la extremidad de este capuchón, desprendida por los contactos y por los traumatismos incesantes á que estaba sometido el tumor, continuaba



proliferando después de haberse separado de la papila y formaba globos distintos diseminados en el cuerno y tanto más antiguos cuanto más aproximados al vértice (*Annales d'oculistique*, Diciembre de 1892).

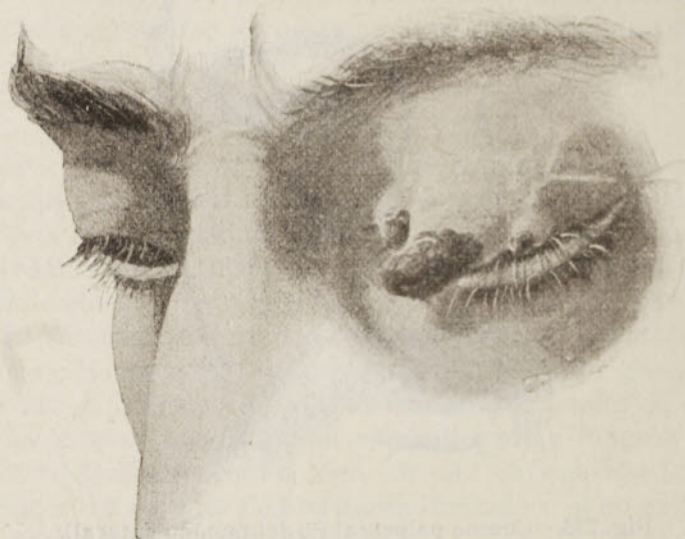


Fig. 234.—Cuernos múltiples del párpado.

#### § 6.—AFECCIONES QUIRÚRGICAS DE LOS PÁRPADOS

**1.º Contusiones.**—Las contusiones de los párpados, sea por golpes directos ó por caída, determinan frecuentemente, por poco que el traumatismo sea violento, la aparición de una infiltración sanguínea en el tejido celular palpebral; el equimosis no queda limitado á esta región, y se extiende á menudo á la conjuntiva y á la cara. Los cuidados antisépticos, las compresas frías con soluciones resolutivas muy diluídas, alcohol alcanforado, tintura de árnica, agua blanca, producen la desaparición más rápida del equimosis, que también puede desaparecer espontáneamente.

Es prudente asegurarse, sobre todo cuando el equimosis es muy extenso ó no se manifiesta sino tardíamente,

uno ó dos días después del choque, si existe ó no una fractura del reborde orbitario ó de los huesos vecinos, lo cual se reconocerá por un dolor muy vivo á la presión en un punto limitado.

**2.º Enfisema.**—La introducción de aire en el tejido celular de los párpados se observa á consecuencia de fracturas de los huesos vecinos: apófisis ascendente del maxilar superior, huesos nasales; la abertura de los senos etmoidales ó frontales, las falsas vías producidas al practicar el cateterismo de las vías lagrimales, pueden igualmente dar lugar al enfisema; se reconoce por la tumefacción del párpado, que da á la percusión una sonoridad anormal, y por la crepitación á la simple palpación; cuando el enfermo se suena, la tumefacción aumenta. El enfisema se reabsorbe espontáneamente en pocos días, á condición de que el paciente no haga esfuerzos demasiado violentos para sonarse; esta reabsorción se facilita con una compresión ligera.

**3.º Quemaduras.**—Producidas por los agentes más variados, las quemaduras de los párpados, como las de la cara, son un accidente frecuente, tanto más grave, cuanto más profunda y extensa es la quemadura.

Las quemaduras exponen siempre á adherencias de la conjuntiva palpebral con la conjuntiva bulbar, y al ectropion cicatricial; se remedian estas perniciosas consecuencias por medio de diversas operaciones: operación del simbléfaron, blefaroplastias. Se procurará evitar el simbléfaron por medio de aplicaciones de cuerpos grasos: vaselina boricada ó yodoformada, y el uso de una concha especial; y el ectropion, por medio de la sutura de los bordes libres, la tarsorrafia.

En caso de quemadura por la cal, se practicarán inmediatamente lociones con una solución muy azucarada para producir una combinación de sacarato de cal, no cáustica y soluble.

**4.º Heridas.**—La gravedad de las heridas de los pár-



pados varía según su sitio, su extensión y los desórdenes producidos por el agente vulnerante.

Las heridas paralelas al borde ciliar se curan fácilmente con medios antisépticos á condición de que la solución de continuidad sea regular ó regularizada; si el tendón del elevador, el ligamento suspensor, han sido interesados, debe irse en busca de ellos y suturarlos al tarso para evitar el ptoxis. Las heridas verticales que interesan el borde libre producen un coloboma artificial cuyos bordes se separan por la acción del músculo orbicular; deberán regularizarse estos bordes si su sección no es regular *y luego suturarse capa por capa los diversos planos del párpado*. Las heridas contusas son las más peligrosas, á menos de ser mínimas; los bordes de la herida se esfacculan con gran facilidad, el tejido celular se infiltra, y á veces se declara un flemón. Se regularizarán cuidadosamente los labios para suturarlos si es posible, y mediante curas antisépticas y vendajes compresivos se evitará la supuración.

Las complicaciones diversas, flemón traumático, simbléfaron, ectropion, epífora (si el canalículo lagrimal está afecto), blefaroptosis, etc., serán tratadas con los medios quirúrgicos ordinarios.

**5.º Cuerpos extraños.**—Las astillas de madera, los fragmentos de vidrio, los fragmentos metálicos, etc., son los más frecuentes; raras veces traspasan el párpado, salvo una violenta proyección, y á menudo se enquistan en él, cerrándose pronto la herida exterior, sin ocasionar grandes trastornos. A veces, sin embargo, la irritación se prolonga, el cuerpo extraño séptico puede provocar la formación de abscesos, á veces profundos, por efecto de su inmigración por el tejido celular, ó bien, si es aséptico, producir una inflamación persistente de la conjuntiva, limitada á los puntos vecinos. Es preciso, pues, explorar siempre con cuidado el fondo de saco, invirtiendo el párpado, buscar el cuerpo extraño, cuando el traumatismo es reciente, introduciendo en el trayecto seguido un pequeño estilete romo y darle salida por un procedimiento cualquiera.

## CAPÍTULO XVIII

### Afecciones de la órbita

La órbita tiene la forma de una pirámide cuadrangular, cuya base mira hacia adelante y afuera, y cuyo vértice mira hacia atrás y adentro.

La parte más ancha de la órbita no corresponde al reborde orbitario, sino aproximadamente á un centímetro más atrás. El eje de una de las cavidades orbitarias se encontraría con el del lado opuesto al nivel de la apófisis basilar.

Las dimensiones de la órbita son algo variables; he aquí las dimensiones medias que ha podido determinar Wecker:

del agujero óptico al ángulo interno . . .	40 á 41 milímetros
»        »    al ángulo externo. . . .	43 milímetros
»        »    á la bóveda de la órbita.	43        »
»        »    al suelo de la órbita . . .	46        »

La cavidad orbitaria está tapizada por un periostio que cubre exactamente las cuatro paredes, estando sólidamente adherido á la base de la órbita y al nivel de las suturas; en los demás puntos se despega fácilmente.

El periostio pasa por delante de los orificios que hacen comunicar la órbita con las partes vecinas y se comporta diferentemente según los casos. Al nivel del agujero óptico y de los conductos etmoidales se introduce en la abertura y se confunde más allá con la primera meninge cerebral, la duramadre; lo mismo ocurre á nivel del conducto nasal, que el periostio orbitario tapiza para continuarse con el de las fosas nasales.



No ocurre lo propio con la hendidura esfenoidea, completamente cerrada por el periostio, que pasa por delante de ella.

Asimismo pasa por delante del nervio infra-orbitario que, por consiguiente, está completamente aislado de la órbita.

La órbita está dividida en dos partes distintas por la aponeurosis orbitaria ó aponeurosis de Tenon. Denomínase así una hoja céculo-fibrosa, lacia, laminar, que rodea toda la porción esclerotical del globo del ojo por una parte, y que, por otra parte, va á fijarse en el contorno de la órbita.

Richet ha descrito una aponeurosis como continuándose con el periostio orbitario de que acabamos de hablar, pero, en realidad, existe una diferencia esencial en la estructura del periostio y de la membrana de Tenon.

Esta es sobre todo interesante por sus prolongaciones que el cirujano ha de conocer perfectamente para la curación del estrabismo. Son prolongaciones musculares y prolongaciones orbitarias.

Las prolongaciones musculares son consecuencia de la disposición siguiente: cuando los músculos rectos avanzan hacia la córnea, deben forzosamente pasar delante de la cápsula de Tenon; ahora bien, como ésta no ofrece ningún orificio para el paso del músculo, se deja deprimir en forma de dedo de guante y acompaña al tendón hasta su inserción esclerotical. De los bordes de la depresión que ha sufrido la aponeurosis se desprende una vaina fibrosa que envuelve el cuerpo del músculo y lo acompaña hasta el centro de la órbita.

Las prolongaciones orbitarias no emanan directamente de los músculos del ojo, como así lo había creído Tenon, sino de la vaina fibrosa de estos músculos. Estas prolongaciones, verdaderas aletas ligamentosas, forman tendones orbitarios y se insertan en la parte correspondiente del esqueleto. Son tendones de paro, que no permiten que el músculo se retire muy lejos después de la tenotomía. Motais ha insistido sobre ellos de un modo particular.

La órbita está dividida por la cápsula de Tenon en dos

compartimientos: el posterior, que contiene los músculos del ojo, los vasos y los nervios de la órbita; el anterior que está exclusivamente ocupado por el globo del ojo.

No es posible insistir más sobre la anatomía normal de la órbita, que el lector podrá estudiar perfectamente en las obras especiales.

### § 1.—OSTEO-PERIOSTITIS

En la osteo-periostitis de la órbita pueden distinguirse una forma aguda y una forma crónica :

**1.º Forma aguda.**—Su causa reside las más de las veces en un foco infectivo vecino, que interese las fosas nasales ó los senos; un enfriamiento brusco, un traumatismo, no bastan sino cuando el estado constitucional del sujeto está muy alterado. La sífilis provoca más frecuentemente la osteo periostitis crónica que la osteo periostitis aguda.

El hueso malar, el reborde de la órbita, los senos (figura 235), las alas menores y el cuerpo del esfenoides, se hallan atacados, las más de las veces, á causa de la cantidad de tejido esponjoso que en ellos se encuentra.

Los síntomas locales y generales son fáciles de concebir, según la localización del mal y la intensidad del proceso inflamatorio. El ojo es desalojado de la órbita siguiendo una dirección variable; la córnea se halla rodeada de una quémosis bastante saliente, y los párpados están edematosos. La fiebre, que se inicia por un escalofrío, se hace muy intensa; por propagación de la inflamación á las meninges pueden presentarse síntomas cerebrales mortales.

Esta afección se confunde bastante fácilmente con el flemón de la órbita; deberemos apoyarnos sobre todo en la dirección de la exoftalmía, que es lateral en la osteo-periostitis, y menos acentuada que en el flemón de la órbita. En este último caso, la quémosis y la tumefacción de los párpados son igualmente mucho menos marcadas.

El tratamiento consiste en dar salida al pus, lo más



pronto posible, por medio de una incisión prudente que se completará valiéndose de la sonda acanalada.

**2.º Forma crónica.**—La forma crónica, bien descrita por Sichel, es más frecuente que la precedente; la sífilis,



Fig. 235.—Osteo-periostitis consecutiva á una sinusitis frontal.

y también la tuberculosis, son causa bastante común de esta forma. Los empiemas del seno frontal maxilar, y hasta del saco lagrimal, explican casi todos los casos que no incumben á estas dos diátesis.

Los fenómenos inflamatorios y dolorosos son poco marcados y no repercuten ordinariamente sobre el contenido de la órbita; el reborde está pastoso, sensible á la presión, y en él se encuentra á menudo un trayecto fistuloso.

El tratamiento ha de ser causal; deberá investigarse la diátesis y atacarla por medio de una medicación general

apropiada, sin perjuicio del tratamiento local, que debe consistir en la limpieza del hueso enfermo, en el raspado del mismo á través de una incisión conveniente ó del trayecto fistuloso que ha podido fraguarse. Es preciso no olvidar nunca que una osteo-periostitis de la bóveda orbitaria es debida á menudo á una sinusitis frontal, y que la de la pared interna depende frecuentemente de una alteración de las fosas nasales.

## § 2. — FLEMÓN DE LA ÓRBITA

Este consiste en la inflamación del tejido célula-adiposo situado detrás de la cápsula de Tenon; puede ser consecuencia de un traumatismo, de una dacriocistitis supurada, de una erisipela de la cara, de una flebitis, de una panoftalmía; puede verse aparecer espontáneamente esta afección durante el período de declinación de ciertas enfermedades infectivas, en algunos estados generales graves. En una de nuestras enfermas no pudimos encontrar otra causa que la supresión de las reglas.

El estreptococo y el estafilococo son los agentes infectivos que se encuentran más frecuentemente.

Se inicia á menudo de un modo brusco, después de uno ó varios escalofríos, y el enfermo aqueja un dolor muy vivo en la región orbitaria; el globo ocular es rápidamente empujado hacia adelante á la vez que se desarrolla una quémosis muy marcada y una enorme tumefacción de ambos párpados. La vista desaparece á medida que la exoftalmía se acentúa, por la tracción que experimenta el nervio óptico, sin que por esto se produzcan inmediatamente lesiones graves en el fondo del ojo, solamente hiperemiado al principio. Más tarde puede sobrevenir la atrofia.

El pus, formado abundantemente en la cavidad orbitaria, procura abrirse paso hacia el exterior, encontrándolo, las más de las veces, á nivel del párpado superior; y entonces es posible que todo se normalice espontáneamente y con bastante rapidez. Es muy de temer que, antes de esta abertura espontánea que nunca ha de esperarse, sobre-



venga una complicación grave, la flebitis orbitaria y la trombosis del seno.

La gravedad y la frecuencia de esta complicación dependen sobre todo de la naturaleza más ó menos infectiva del mal y del estado general del sujeto. Los flemones más



Fig. 236.—Flemón de la órbita con abertura espontánea cerca del reborde orbitario inferior.

temibles son los que resultan de la erisipela de la cara, de las septicemias puerperales, de la pústula maligna, etc.

Estas graves infecciones amenazan también de un modo particular al nervio óptico, sea por la propagación de la inflamación al conducto óptico, sea por la trombosis de los vasos de la retina.

Ante todo debe procurarse dar salida al pus hacia afuera y desde el primer instante, aun antes de haberse hecho evidente una colección purulenta, debe hundirse el

bisturí á lo largo de las paredes superior y externa de la órbita, instituir el drenaje y los lavados antisépticos.

Además, se instituirá un tratamiento antiflogístico muy enérgico, compresas, hielo, fricciones mercuriales.

### § 3. — TENONITIS

La tenonitis es la inflamación de la bolsa situada entre la cápsula de Tenon y el globo con objeto de facilitar sus movimientos.

Esta afección puede compararse á las afecciones articulares, y, en su etiología, el reumatismo ocupa el primer lugar; á veces es causada por la blenorragia (Puech), y puede también depender de la influenza ó de un traumatismo accidental ó quirúrgico (tenotomía).

Según Panas, que ha llamado particularmente la atención sobre esta afección ya descrita por Ferral, Mackenzie y otros autores, presenta tres signos principales: dolores circumorbitarios lancinantes y gravativos, diskinesia del globo con integridad de todas las partes constituyentes, quémosis sin secreción anormal. Obsérvase, además, un poco de exoftalmía, cierta diplopia debida á la inmovilidad forzada del globo y frecuentemente una hiperemia pasiva de la retina.

El tratamiento local ha de consistir en la aplicación de afusiones calientes, que tienen la ventaja de moderar el dolor, y de sanguijuelas en la sien; pero hay que insistir sobre todo en el tratamiento general cuando la afección depende del reumatismo, como ocurre en la mayoría de los casos. El salicilato de sosa es el medicamento de elección; puede asociarse á la quinina, á la antipirina y á las emisiones sanguíneas locales.

### § 4. — TROMBO-FLEBITIS ORBITARIA

La trombo-flebitis orbitaria resulta de la propagación á la vena oftálmica de productos infectivos procedentes de los orificios bucal, nasal ó palpebral, del cuerpo del maxilar, del entrecruzamiento venoso de la fosa zigomática.