

presión muy marcada. Serre admite cuatro fosfenas principales, que designa en el orden inmediato, establecido según su creciente importancia: *yugal*, *frontal*, *temporal* y *nasal*. En el primer grado de la anestesia dice el autor que desaparece la *yugal*; en el segundo, la *frontal*; en el tercero, la *temporal*, y en el cuarto la *nasal*. Faltando esta, las demás dejan de manifestarse, y así sucesivamente hasta la *frontal*. Por el contrario, en ausencia de la *yugal*, las otras le sobreviven y así sucesivamente hasta llegar á la *nasal*. Cuando bajo el influjo de un tratamiento rápido y enérgico, vuelven á manifestarse algunas fosfenas desaparecidas anteriormente, la reaparición tiene lugar en el orden de supervivencia; de manera que siendo la *nasal* la última en extinguirse es la primera en manifestarse, y luego llegan sucesivamente la *temporal*, la *frontal* y la *yugal*.

La falta de *yugal* indica que únicamente se halla sufriendo anestesia la zona terminal de la retina; la ausencia de *frontal* señala los progresos de la insensibilidad en una zona posterior y última, las supresiones de la *temporal* y de la *nasal* manifiestan igual efecto en zonas aun más profundas. La palidez de los anillos luminosos, su aparición por segmentos y su ausencia en uno ó en diferentes puntos, y bajo determinado orden, permiten demostrar si hay debilidad inminente ó positiva de la retina, ó si existe una insensibilidad perfecta de dicha membrana. El mismo procedimiento facilita al cirujano, mediante solo las apreciaciones del enfermo, decidir (cuando la pupila se halla cerrada por falsas membranas ú obstruida por una catarata), acerca de los probables resultados de una operación de pupila artificial ó de catarata (1). Desgraciadamente no todos los enfermos pueden explicar con exactitud las sensaciones que experimentan.

CAPÍTULO II.

Enfermedades de los párpados.

No son los párpados parte constitutiva esencial del órgano de la visión; pero desempeñan un papel tan importante como elementos protectores que, cuando faltan, al momento se compromete la vista y se determina una inflamación crónica de las membranas que concurren á formar el globo del ojo. Componen los párpados varios tejidos y órganos muy distintos por su estructura y por sus funciones. Cada uno de ellos puede aisladamente hallarse enfermo, lo que constituye una rareza, porque siempre hay asociaciones morbíficas más ó menos extensas. Pero la enfermedad, que invade muchos tejidos á la vez, comienza casi siempre por uno de ellos, conservando en él su acción principal. Bajo este concepto, lo que conviene es estudiar ais-

(1) Robin y Littré, *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, etc.*, 1865, p. 1146.

ladamente cada una de las partes constitutivas de los párpados, haciendo notar que donde quiera que falten límites determinados por los tejidos, no los habrá tampoco para las enfermedades.

Division.—Dejando á un lado los *vicios de conformacion* originales y adquiridos, así como los tumores de los párpados, nos reduciremos á estudiar las *inflamaciones puramente especiales de dichos párpados* que no hayan sido descritas en otro lugar, y sus *alteraciones funcionales*.

ARTÍCULO PRIMERO.

INFLAMACIONES DE LOS PÁRPADOS.

1.º INFLAMACION DE LAS GLÁNDULAS DE MEIBOMIO Y DE LOS FOLÍCULOS PILOSOS; ORZUELO; ACNÉ DE LOS PÁRPADOS.

a. — Inflamación de las glándulas de Meibomio.

Se determina muchas veces aisladamente; pero lo general es que acompañe á la inflamación de la conjuntiva y á la blefaritis ciliar.

§ I.—Causas, síntomas.

Las causas que la producen, cuando se halla muy circunscrita, son los cuerpos extraños y la detención en los conductos excretores de la glándula, de las materias segregadas por esta, la cual sufre determinadas transformaciones, adquiriendo suficiente consistencia para irritar á los tejidos adyacentes.

Unas veces la glándula referida adquiere el aspecto de arroz cocido; otras viene á ser caliza, afectando la forma de un verdadero cálculo. Si se ha olvidado la precaución de evacuar los cuerpos extraños, mediante una incisión pequeña, el folículo se inflama, entumece y adquiere color rojo. Revolviendo el párpado, es muy fácil percibir, al nivel del folículo, que la conjuntiva se halla inyectada y edematizada. El enfermo experimenta una sensación muy desagradable de picor; y cuando mueve los párpados le parece que tiene allí un cuerpecito extraño. — Los párpados resultan pegados por una materia viscosa, sobre todo á las horas de despertar.

§ II.—Terminación.

La inflamación termina generalmente por resolverse; pero también puede llegar á la supuración y extenderse hasta el tejido celular inmediato. Entonces se forma un flemon sub-conjuntivo circunscrito.

§ III.—Tratamiento.

Cataplasmas emolientes al principio, hechas con fécula ó con miga de pan, y algunas lociones con líquidos astringentes bastan para detener la enfermedad. Si se produce cualquier absceso, hay que punzarlo con la lanceta.

b.—Orzuelo.

Consiste en un tumor inflamatorio del borde libre de los párpados, cuya forma y magnitud tiene cierto parecido con la de los granos de cebada; razón por la cual lleva dicho nombre. Existe generalmente en el ángulo mayor del ojo, y en el párpado superior con preferencia al inferior.

§ I.—Situación anatómica.

Están muy lejos los autores de convenir acerca de la situación exacta de esta enfermedad. El mayor número la coloca en el tejido celular de los párpados, haciendo de ella un verdadero divieso; y de esta opinión son Scarpa, Rognetta, Velpeau, Denonvilliers y Gosse- lin. Desmarres dice que se puede desarrollar, ya en un folículo piloso, ya en una glándula de Meibomio. En concepto de Mackenzie, no es otra cosa que una inflamación de las glándulas de Meibomio. Ultimamente Zeis (1) ha demostrado que podía tener su asiento en las glándulas sebáceas de la base de las pestañas. Y de este mismo parecer son Fano y Wharton Jones.

§ II.—Variedades.

Se presenta bajo los estados *agudo* y *crónico*. Cuando se desarrolla en el ángulo mayor de los párpados, adquiere mayor volumen que cuando aparece en los folículos pilosos de otras regiones. Esta variedad última ha recibido de Wecker el nombre de *acné de los párpados*.

§ III.—Causas.

El orzuelo es muy frecuente entre los escrofulosos, y coincide por lo comun con las alteraciones digestivas. El abuso del alcohol y de los manjares salados, y la exposición al viento y al polvo son sus principales causas predisponentes y determinantes.

(1) Zeis, *Ammon's Zeitschrift für die Ophthalmologie*, vol. V, p. 220.

§ IV.—Síntomas.

El estado *agudo* de dicha enfermedad se manifiesta por síntomas locales. Empieza con un picor que estimula al enfermo para rascarse, y continúa por la aparición de un tumorcito rojo y doloroso, cuyo volumen crece rápidamente hasta adquirir el de una judía ó el de una almendra gruesa. Las pestañas se reúnen por influjo de la materia sebácea; algunas de ellas resultan implantadas en el ápice del tumorcito, y generalmente en su base es donde se presenta un puntito blanco. No tiene nada de particular que, durante la evolución del fenómeno inflamatorio, llegué á observarse cierto movimiento febril. En la mayor parte de los casos se establece la supuración y se evacua el pus por la cara externa del párpado, primero bajo forma serosa, y luego bajo la de láminas pseudo-membranosas, que algunos consideran como tejido celular mortificado, y que refiere Fano á la cápsula del folículo piloso.

Cuando no hay supuración alguna, el tumorcito persiste con un color rojo pálido y una indolencia casi completa, constituyendo una de las variedades de *chalazion* ó granizo de los autores.

El *acné ciliar* no merece que se le describa aparte, porque verdaderamente no es mas que un orzuelo situado en otro lugar, y que nace como él en un folículo piloso.

Tiene menor volumen que el orzuelo propiamente dicho; resulta de la detención de la materia sebácea dentro del folículo; adquiere muy poco volumen; se halla siempre atravesado por uno ó dos pelos, y termina por supuración ó por induración.

Esta enfermedad nunca es peligrosa, pero como ataque repetidamente podrá apurar á los enfermos y sobre todo á los jóvenes.

§ V.—Diagnóstico.

El diagnóstico es muy sencillo. Todo lo mas podría confundirse el orzuelo con la inflamación de las glándulas de Meibomio; pero la situación del tumor en la base de las pestañas y en el lado exterior del párpado.

El tumor inflamatorio de las glándulas de Meibomio nace en la cara interna de los párpados, y nunca interesa la base de las pestañas.

§ VI.—Tratamiento.

Aplicaciones emolientes y resolutivas y cataplasmas de fécula. Antiguamente se preconizaban mucho el pan humedecido con leche, y las cataplasmas de manzana; pero estos medios nada tienen de preferible sobre las lociones emolientes ordinarias. Cuando hay el pen-

samiento de operar los orzuelos, Velpeau (1) recomienda expresamente que se espere á la formacion completa del absceso, con el fin de evitar su reproduccion y que las supuraciones sean interminables. Zeis quiere que cuando comience la inflamacion se arranquen las pestañas; pero esta operacion es muy dolorosa y da mejor resultado dejar que se caigan espontáneamente. Para combatir las induraciones crónicas hay que emplear pomadas resolutivas con ioduro potásico, unguento de *la madre Tecta* y emplasto de diaquilon gomado.

2.º INFLAMACION DEL BORDE LIBRE DE LOS PÁRPADOS; BLEFARITIS CILIAR.

La combinacion de las inflamaciones glandulares de que acabamos de hablar, reunida con la de la mucosa que cubre el borde libre de los párpados, constituye la *blefaritis ciliar*, la cual ha recibido diferentes nombres que recuerdan algunos de los síntomas principales: *inflamacion glandulo-ciliar de los párpados*, *blefaro-adenitis*, *blefaritis escrofulosa*, *ronña*, *mita de los párpados*, *oftalmia del tarso*, *lagañas* y *madarosis*, etc.

Division.—Velpeau (2) admite cuatro variedades de blefaritis, fundándose en la situacion principal de la enfermedad y en la naturaleza de los productos segregados, á saber: 1.º, *blefaritis mucosa*; 2.º, *blefaritis glandulosa* á quien se reúne como variedad secundaria la *blefaritis diftérica*; 3.º, *blefaritis granulosa*; 4.º, *blefaritis ciliar propiamente dicha*.

Ya hemos hablado de algunas de estas localizaciones; pero mas adelante tendremos ocasion de señalar las demás. La descripcion de la blefaritis mucosa aparecerá en el artículo OPTALMÍA DE LOS RECIEN NACIDOS. Wharton Jones (3) solo hace dos divisiones de la blefaritis del tarso, deducidas de la naturaleza de las causas que la producen: 1.º *blefaritis tarsiana catarral*; 2.º, *blefaritis tarsiana escrofulosa*.

Despues de los precedentes capítulos, tenemos que venir á hacer un resumen descriptivo. Tanto mejor aparecerá la fisonomía general de la enfermedad, cuanto se la encuentre menos difusa. Al presentarla, sin embargo, ya procuraremos decir qué particularidades caracterizan á una ú otra variedad.

§ I.—Causas.

Los niños y los adultos la padecen con frecuencia: una causa cualquiera es susceptible de producirla; la impresion del frio y de la humedad de los vapores mefíticos, y de sales amoniacales, son muy

- (1) Velpeau, *Manuel pratique des maladies des yeux*, p. 57.
 (2) Velpeau, *Manuel pratique des maladies des yeux*, p. 25.
 (3) Wharton Jones, *Traité pratique des maladies des yeux*, traduct. et notes par Foucher, p. 605.

temibles para las personas predisuestas por un temperamento escrofuloso.

Cuenta Linneo que casi todos los lapones padecen dicha enfermedad, atribuida por él á los vientos, á la reverberacion de la nieve y á la intensidad del frio. Los filandeses, que suelen tambien sufrirla, pierden asimismo la vista con no poca frecuencia. Sichel (1) la considera casi siempre como síntoma de una constitucion linfática ó de una afeccion escrofulosa. Sin embargo, la ha observado muchas veces en albañiles, cortadores de piedra, drogueros y especieros. La debilidad de los niños, el desaseo y la miseria son otras tantas condiciones que favorecen el desarrollo de la blefaritis. Wecker (2) atribuye una gran influencia á la irregularidad en el curso de las lágrimas ó de cualquier desviacion de los puntos lagrimales. Por eso dice que los israelitas, mas espuestos que otros á las alteraciones de los conductos lagrimales, son los que padecen la blefaro-adenitis en su forma mas perniciosa. ¿Pero no serán ambos efectos de una misma causa, es decir, del vicio escrofuloso? El herpetismo y la sífilis ofrecen muchas veces sus manifestaciones en el borde de los párpados. ¿Será cierto que el hongo del herpetismo tonsural y de la mentagra pueda fijarse sobre las pestañas? Muchos autores así lo han dicho, pero aun no está el asunto perfectamente resuelto. Sea lo que quiera de esta etiología compleja, lo cierto es que la blefaritis ciliar puede considerarse como una enfermedad frecuente y que reclama toda la atencion de los médicos á causa de sus consecuencias.

§ II.—Síntomas.

En el primer grado, solo hay una hiperemia del borde de los párpados, caracterizada por el enrojecimiento difuso ó localizado de ciertos puntos y ligera tumefaccion de la línea donde se hallan implantadas las pestañas. Falta entonces todo género de pústulas ó de escoriaciones; y prescindiendo de un dolor pruriginoso casi insignificante, y del aspecto desagradable de su fisonomía, el enfermo apenas tiene porqué inquietarse. Por la mañana, sin embargo, tiene las pestañas aglutinadas entre sí por causa del moco solidificado y de la materia sebácea; y basta el menor descuido para que la pegadura de las pestañas causen una tirantez que agrava desde la enfermedad. En un grado mas adelantado, los tejidos se interesan tambien mas profundamente. Aparecen ya pustulitas en la base de las pestañas y se cubren de costras furfuráceas y de películas muy finas procedentes de haberse secado la materia sebácea. Si la enfermedad predomina en el labio interno del borde palpebral, las glándulas de Meibomio inflamadas producen una secrecion mas abundante, y el producto

(1) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texto, p. 84.

(2) Wecker, *Etudes ophthalmologiques*, t. I, p. 610.

de este flujo se manifiesta bajo la forma de placas blancas muy extensas, con el aspecto de una falsa membrana diftérica, aunque sin tener sus caracteres histológicos. Se componen de epitelio y de materias grasas; de modo que no ha habido razón para que Velpeau designe esta enfermedad con el nombre de *difteritis* de los párpados. Por debajo de las laminitas desecadas, suele hallarse la piel roja y exulcerada. Si la enfermedad continúa progresando, las alteraciones serán mayores aun. Los folículos pilosos se hipertrofian al mismo tiempo que se irrita el tejido celular adyacente; en seguida aparece una considerable induración del borde libre; los folículos pilosos obstruidos por la materia sebácea, no dan ya á las pestañas la alimentación suficiente, y estas se apresuran á caer. Retrayéndose el tejido celular nuevamente formado, se redondea el borde palpebral, apareciendo bajo la forma de un cordón nudoso rojo azulado, y de un aspecto muy desagradable. Wecker da á esta forma el nombre de *blefaritis hipertrofica*.

Cuando la supuración toca rápidamente al folículo piloso, se producen en la base de las pestañas unos botoncitos pustulosos, visibles sucesivamente sobre diferentes puntos, y que se curan al instante para volverse luego á reproducir. Hay ulceraciones mas ó menos profundas, cubiertas de costras negruzcas y resistentes que, segun Duval, difieren de las costras de la conjuntivitis catarral por la dureza, la adherencia y la coloración negra que resulta de una mezcla de pus y mucus concreto con cierta cantidad de sangre en las primeras, mientras que las segundas son lustrosas y se desprenden con mas facilidad (1). Al cicatrizar las ulceraciones, destruyen los folículos pilosos y obliteran las glándulas de Meibomio. El pericondro de los tarsos se interesa tambien, engruesa y se retrae. Poco á poco los párpados cambian de dirección y son arrastrados hácia fuera (ectropion).

Cuando las cosas han llegado á este extremo, hay que temer hasta por la integridad del globo mismo del ojo. Además de una deformidad puede ocurrir la pérdida de la vista. De modo que la blefaritis ciliar, nunca debe despreciarse por las consecuencias que puede producir.

Dice Wecker que la blefaritis ciliar tiene la circunstancia de que en la mayor parte de los casos comienza por síntomas poco sensibles, algo de enrojecimiento, una pequeña hinchazón del borde libre, excoeraciones del dermis, repartidas indistintamente: tales son los síntomas casi insignificantes de una inflamación que tiene en sí misma sus elementos de progreso y que se desarrolla hasta el punto de hacerse incurable. Tenemos, en efecto, blefaritis que persisten años enteros ó indefinidamente, y que segun las estaciones, manifiestan

(1) Deval, *Maladies des yeux*, p. 38.

períodos de exacerbación y de remisión. La primavera y el verano favorecen sin duda alguna los primeros.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

El simple examen de los párpados basta para establecer el diagnóstico. Pero lo único que aquí debe preocupar al médico es la investigación del origen y del grado en que se halle la enfermedad; porque es evidente que el pronóstico quedará subordinado á la antigüedad de la afección y á los progresos que haga, así como á la naturaleza de la causa. En idénticas condiciones, la curación será mas rápida, si es accidental la causa de la blefaritis, y mucho mas difícil si procede de una diátesis hereditaria ó adquirida.

§ IV.—Tratamiento.

El tratamiento es *local ó general, higiénico ó medicamentoso*. El general, que se dirige á la constitución, consiste en una nutrición sustancial y de buena calidad, en que la habitación sea campestre y en administrar interiormente aceite de hígado de bacalao, y los vinos de quina y ferruginoso. Pero cualquiera que sea la importancia de los modificadores generales, nunca convendrá contar con ellas exclusivamente. El éxito tardaría mucho, y durante este tiempo la enfermedad haría grandes progresos, hasta el punto de hacerse incurable. La condición mas indispensable para el éxito de los tópicos astringentes ó cáusticos que suelen emplearse contra la blefaritis, es limpiar el borde ciliar tan perfectamente como sea posible, y desembarazarle de las costras que se hallan incrustadas en él. Mackenzie (1) aconseja que se use para dicho objeto una cucharada de las de café de leche; donde se haya deshecho previamente un pedacito de manteca fresca. Se humedece el dedo en esta mezcla y con él se untan los párpados, frotando ligeramente las pestañas aglutinadas. Se coloca en seguida sobre los párpados, durante algunos minutos, un pedazo de esponja suave mojada con agua caliente y bien exprimida; y al poco tiempo el enfermo podrá abrir sus párpados sin esfuerzo y sin dolor alguno. Deval (2) recomienda el uso de lociones con un agua tan caliente como pueda soportarse. Mientras que se empleen los chorros ó las lociones con agua caliente convendrá, segun dice Chassaignac (3), revolver las pestañas hácia fuera ó inclinarlas suavemente á lo largo del borde ciliar de dentro á fuera, por medio de un movimiento trasversal ejecutado con los dedos ó con un lienzo fino.

(1) W. Mackenzie, *Baladies de l'oeil*, p. 197.

(2) Deval, *Maladies des yeux*, p. 850.

(3) Chassaignac, *Du décapage des cils dans les ophthalmies* (*Archives d'ophtalmologie*, t. II, p. 88).