

Foucher (1) recomienda mucho que se use la glicerina y los glicerolados. La glicerina pura, aplicada diferentes veces durante el día sobre los bordes palpebrales, los limpia muy bien, ablandando y disolviendo las costras.

En los casos graves, hay que dejar aplicados sobre los ojos, durante la noche los tópicos emolientes. Las cataplasmas de miga de pan y de fécula, con un poco de manteca fresca ó de aceite común, y un pedazo de cinta barnizado con cerato simple, han producido grandes resultados á Mackencie.

No basta la limpieza de los bordes de los párpados en las blefaritis inveteradas; es preciso además quitar las pestañas que no puedan enderezarse y que sigan direcciones distintas. Pero esto se ha de hacer en diferentes sesiones, con algunos días de intervalo, y procurando extraerlas en el sentido de su eje y sin que se rompan (2).

Después de estas precauciones preparatorias é indispensables, se procede al tratamiento local, aplicando colirios y lociones cáusticas y astringentes, y usando de pomada que hace mucho tiempo conocen todos los oftalmólogos. Dichas preparaciones, tienen generalmente por principios activos un corto número de sustancias, reunidas de distinta manera, á saber: sales de plata, de zinc y de plomo. Véanse ahora entre todas ellas las que mas se usan:

POMADAS CON PRECIPITADO ROJO.

1.º Pomada de Lyon.

Ungüento rosado..... 16 gram. | Precipitado..... 1 gram.

2.º Pomada de Desault.

Óxido rojo de mercurio... 4 gram. | Acetato de plomo..... 4 gram.
Tucia preparada..... 4 gram. | Deutocloruro de mercurio. 30 centigr.
Alumbre calcinado..... 4 gram. | Pomada de rosas..... 60 gram.

3.º Pomada del Regente.

Óxido rojo de mercurio.... 10 gram. | Manteca fresca lavada con
Acetato de plomo cristalizado. 10 gram. | agua de rosas..... 150 gram.
Alcanfor..... 1 gram.

4.º Pomada de Cunier.

Manteca..... 6 gram. | Óxido rojo de mercurio. 10 á 40 centigr.
Acite comun..... 6 gram.

5.º Pomada Deval.

Manteca..... 4 gram. | Alcanfor..... 5 centigr.
Precipitado rojo..... 15 centigr.

(1) Foucher, *De l'emploi de la glycérine dans le traitement des ophthalmies* (Bulletin de thérapeutique. Paris, 1860).

(2) Meininger, *Sur l'altération des cils*. Nota dirigida á la Academia de ciencias en 8 de Diciembre de 1856.

6.º Pomada Deval.

Manteca..... 4 gram. | Alcanfor..... 10 centigr.
Precipitado rojo..... 50 centigr. | Esencia de rosas..... 1 á 2 gotas.
Óxido de zinc..... 10 centigr.

POMADAS CON PRECIPITADO BLANCO.

Pomada Janin.

Precipitado blanco..... 4 gram. | Bolo Arménico..... 8 gram.
Tucia preparada..... 8 gram. | Manteca..... 15 gram.

Igualmente podríamos formular pomadas en cuya composicion el nitrato de plata ó el bicloruro de mercurio; pero es preferible emplear dichas sustancias en disolucion. Las pomadas deben aplicarse por la noche. Durante esas horas tienen ocasion de ponerse en contacto íntimo con el mal, y por el día tendrían entre otros inconvenientes el de evitar que el enfermo se ocupe de sus negocios.

Deval usa con grandes ventajas el bicloruro de mercurio en disolucion, bajo la dosis de 25 miligramos por 30 gramos de agua destilada, fomentando con dicha solucion el borde palpebral todas las noches, y aun por mañana y noche, si fuere bien tolerado.

Cuando hay muchas ulceraciones, casi todos los médicos las tocan con la punta de una barrita de nitrato de plata, teniendo cuidado de dirigir sobre los párpados, inmediatamente después de la operacion, una corriente de agua salada que neutralice el exceso de sal.

Velpeau (1) sustituye el nitrato de plata, á quien acusa de producir contracciones al cicatrizar, por sulfato de cobre, cuya accion no es tan activa.

A los distintos medicamentos que acabamos de referir, debe añadirse el aceite de enebro y la tintura de iodo, con los cuales se barniza el borde de los párpados. Estas mismas sustancias se hallan perfectamente indicadas en los casos de *tilosis*, segun la frase admitida.

Con mucho cuidado y perseverancia, con una limpieza minuciosa y con una higiene bien entendida, se puede triunfar de esta clase de enfermedad tan rebelde y de tan desagradable aspecto; pero lo mas frecuente es que ofrezca malos resultados por demasiado inveterada. De todos modos, usando anteojos podrá calmarse el dolor, y ocultar hasta cierto punto la deformidad repugnante que ocasiona.

(1) Velpeau, *Maladies des yeux*, p. 19.

ARTÍCULO II.

ANOMALÍAS FUNCIONALES; PTOSIS Ó CAIDA DEL PÁRPADO SUPERIOR;
BLEFAROSPASMO; PARÁLISIS DEL ORBICULAR.

1.º PTOSIS.

Esta enfermedad, designada también con la denominación de *blefaroptosis*, consiste, como lo indica su nombre, en un desprendimiento del párpado superior por delante del globo del ojo.

§ I.—Causas y variedades.

No es raro observar esta deformidad en los recién nacidos y hallarla complicada con el *epicanthus* (1). Dice Mackenzie (2) que es incompleta casi constantemente y que se debe atribuir á una atrofia primitiva del músculo elevador del párpado, el cual parece más bien adelgazado que hipertrofiado. Debe advertirse igualmente que esta ptosis incompleta casi siempre es hereditaria y va acompañada de un aplastamiento de la bóveda sub-ciliar.

Bajo el punto de vista de las causas que producen la ptosis accidental, pueden distinguirse diferentes variedades: *a.* por hipertrofia; *b.* por atonía del músculo elevador; y *c.* por parálisis de dicho músculo.

La ptosis por hipertrofia es aguda ó crónica. En el primer caso, depende, ya de una inflamación aguda acompañada de congestión y de secreciones plásticas y serosas, ya de una inflamación crónica con hiperplasia del tejido conectivo. El edema de los párpados consecutivo de una enfermedad constitucional, ó de una afección del corazón, produce idéntico resultado, de la misma manera que cualquiera evacuación sanguínea espontánea ó de origen traumático. Finalmente, la acumulación de grasa en los párpados de los niños, sobre todo, triunfa muchas veces de la potencia elevadora y determina el desprendimiento del párpado superior.

Ptosis por atonía.—Si la variedad precedente se halla caracterizada por un volumen extraordinario del párpado, quedando intacto su elevador; esta otra variedad resulta de una insuficiencia del músculo, quedando normal el volumen del párpado. Las causas que debilitan al elevador son su degeneración grasa (*ptosis senil*), la sección de sus fibras y la de la aponeurosis tarso-orbitaria (3) donde tienen dichas fibras su punto de unión.

(1) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texto, p. 646.

(2) Mackenzie, *loc. cit.*, p. 260.

(3) Wecker, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, t. I, p. 671.

La tercera variedad (*ptosis paralítica*) se confunde con la parálisis del tercer par. (Véase t. I, p. 995, PARÁLISIS DEL MOTOR OCULAR COMUN.)

§ II.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

La sintomatología de la ptosis es sumamente sencilla; el párpado superior caído sobre el globo no se puede levantar, sean cualquiera los esfuerzos que haga el enfermo. Cuando no se halle la córnea cubierta enteramente, por consecuencia de tener la cabeza inclinada hácia atrás, es posible que la luz llegue hasta la retina y que permita la percepción de los objetos; pero lo más frecuente es que resulte una diplopía, lo que conduce al estrabismo interno. Cuando el nervio motor ocular común se halla interesado, existe al mismo tiempo una midriasis muy pronunciada, causa de la parálisis de los nervios ciliares. El pronóstico depende aquí, sin duda, del origen de la afección y de su antigüedad. Cada una de las variedades exige su medicación propia. A la ptosis por hipertrofia se opondrán agentes que combatan la inflamación aguda y crónica, el edema y las pérdidas sanguíneas. Localmente están indicadas las aplicaciones resolutivas. Muchas veces será preciso modificar el estado de la conjuntiva, porque ella suele ser también el punto de partida de los accidentes observados. Cuando hay una relajación del párpado por simple atonía, conviene ayudar la acción del elevador tonificando la piel y disminuyendo su extensión por medio de incisiones efectuadas con el fin de obtener cicatrices. De Graefe (1) aconseja que se quite una parte del orbicular del párpado superior, para aumentar la potencia relativa del elevador, que es antagonista suyo. Sichel (2) utiliza con gran ventaja una pinza elástica muy pequeña, cuyo freno coge el párpado y lo mantiene levantado, mientras que sus ramas se ocultan entre los cabellos. Testelin y Warlomont también hablan en favor del mismo procedimiento (3).

La parálisis del elevador se combate empleando todos los medios apropiados para esta afección. (Véase t. I, p. 995, PARÁLISIS DEL MOTOR OCULAR COMUN.)

2.º BLEFAROSPASMO (4).

El blefarospasmo es una afección convulsiva y espasmódica de los párpados, que consiste en contracciones intermitentes ó continuas, ó tónicas del músculo orbicular, y del elevador del párpado superior.

(1) De Graefe, *Archiv. für Ophthalmologie*, Bd. IX, Abtheilung II, S. 59.

(2) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texto, p. 644.

(3) Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 266.

(4) Véase Gosselin, artículo BLEPHAROSPASME del *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1866, t. V,

Localizadas en un grupo de fibras musculares, pueden invadir todos los músculos motores y aun extenderse á los de la cara. Esto se comprende sin dificultad, por consecuencia del conocimiento que ya tenemos acerca de cómo se distribuye y funciona el nervio facial.

§ I.—Especies y variedades.

Atendiendo al grado de la enfermedad y á la forma de la convulsión, los autores han admitido distintas variedades de blefarospasmo. Mackenzie describe tres especies: 1.º, el estremecimiento ó temblor sencillo de los párpados; 2.º, los guiños, y 3.º, el espasmo propiamente dicho. En el primer caso, los enfermos experimentan una sensación de tirantez ó de temblor en la región del párpado. Dicha sensación no va siempre acompañada de movimientos aparentes y dolorosos; pero alguna vez suele coincidir con una especie de movimiento vermicular de cierta porción del párpado. Cuando la contracción de las fibras tienen mayor energía, entonces se producen desalojamientos completos, ya limitados á los velos palpebrales, ya extensibles á todos los músculos que anima el facial (1).

En el segundo caso, la enfermedad se halla caracterizada por unos guiños instantáneos que resultan de cerrar muchas veces durante muy corto tiempo, ya el párpado superior ó inferior aisladamente, ya ambos párpados de un ojo ó de los dos á la vez.

En el tercer caso, es mayor y mas persistente la convulsión, y suele ir acompañada de una gran intolerancia para la luz; lo que indica que hay alteraciones congestivas y quizás ulcerativas de las membranas del ojo.

§ II.—Causas.

Las causas del espasmo de los párpados pueden agruparse naturalmente en tres categorías, segun que ataquen primitivamente á la fibra muscular, á la fibra nerviosa sensitiva, ó á la fibra nerviosa motriz; el espasmo tiene entonces origen reflejado.

La fibra muscular es susceptible de padecer directamente de convulsiones; cuando se halla irritada por la herida de un instrumento punzante ó cortante, y cuando se encuentra sometida á la acción de una sustancia tóxica, como la del alcohol. El temblor palpebral se observa mucho efectivamente en el alcoholismo crónico. La solución del extracto de las habas del Calabar obra del mismo modo, siempre que determina las contracciones espasmódicas de los párpados.

Del tronco del facial ó de una de sus ramas secundarias, es de donde parte la afección, cuando se trata del movimiento indolente de

(1) Francois, *Essais sur les convulsions idiopathiques de la face*. Bruselas, 1843.

la cara ó del curso de las enfermedades nerviosas generales, tales como el histerismo y la epilepsia, y el reumatismo.

La causa mas frecuente del blefarospasmo es de origen reflejo; y en el padecimiento de los nervios sensitivos existe su punto de partida. El nervio trigémino, es generalmente quien trasmite la contracción espasmódica; de modo que la presencia de un cuerpo extraño en el saco conjuntival, cualquier inflamación de la conjuntiva, y sobre todo las ulceraciones de la córnea, irritando las extremidades periféricas de los nervios sensitivos, determinan el espasmo de los párpados. Algunos autores creen que en tales circunstancias solo influye la congestión de la retina, y que los enfermos cierran instintivamente los párpados con objeto de impedir que entre demasiada luz en la retina congestionada. Oponiéndose á esta idea, Wecker dice (1) que el blefarospasmo conserva toda su violencia en algunos enfermos, aunque se hallen bajo una oscuridad completa; y que en otros la ausencia de luz apenas disminuye la energía y la frecuencia de las contracciones del orbicular. Las heridas y nevralgias del nervio sub-orbitario, y las nevralgias de los nervios dentarios superiores é inferiores, van acompañadas muchas veces de blefarospasmo. El doctor Hays de Filadelfia (2), refiere diferentes ejemplos de curación conseguida extrayendo los dientes cariados.

También deberemos atribuir á la acción refleja del neumogástrico y del gran simpático, todos los casos de convulsiones palpebrales que indican los observadores como consecutivos de desórdenes intestinales y de la presencia de entozoarios en las vias digestivas.

§ III.—Síntomas diagnóstico y pronóstico.

El carácter principal reside en el movimiento convulsivo de los párpados. Desde el estremecimiento sencillo localizado, se puede extender la convulsión á todos los músculos de cualquier lado de la cara, y arrastrar en el fenómeno á los del lado opuesto, hasta el punto de que sea fácil suponer la existencia de una hemiplegia facial (3).

Pero entonces la contracción nunca es tan continua, para que en sus momentos de reposo deje de haber ocasion de determinar la naturaleza de la afección á que corresponde. Cuando la enfermedad consiste simplemente en guiñar, el enfermo puede manejarse; pero hay espasmos intermitentes tan extensos que impiden periódicamente la vista, y hacen muy peligrosa la marcha por calles donde existan ciertos obstáculos. En cuanto al espasmo tónico y casi permanente, evita que los enfermos salgan de casa, y aun priva mientras dura de toda ocupación. El *nystagmus* (nitalmus), otra afección convulsiva de los ojos, con la cual se desorrolla en estado congénito el espasmo de los

(1) Wecker, *loc. cit.*, t. I, p. 677, 1864.

(2) Hays (de Filadelfia), *Medical Gazette*, vol. XXVIII, p. 617.

(3) De Graefe, *Archiv für Ophthalmologie*, Berlin, Band I, Abtheilung I, S. 440.

párpados, se halla reducido á un movimiento oscilatorio del globo del ojo, que se distingue perfectamente de la convulsion palpebral.

El *pronóstico* es grave generalmente. Exceptuando el caso en que la enfermedad dependa de haberse introducido un cuerpo en el seno lacrimal, de una inflamacion de los ojos ó de una alteracion de las vias digestivas, casi siempre es muy tenaz y resiste á cuantas medicaciones se emplean en contra suya.

§ IV.—Tratamiento.

Las medicaciones terapéuticas deben dirigirse á la causa de la enfermedad. El temblor debido al alcoholismo se combate privando al enfermo el uso de bebidas espirituosas. El espasmo simpático de una alteracion de las vias digestivas, puede ceder administrando purgantes ligeros. Y el mismo éxito se obtiene en todos los casos de estreñimiento pertinaz. Cuando hay atonía general, clorosis ó anemia, pueden emplearse con gran éxito las preparaciones de hierro y de quina y las infusiones amargas.

Si la enfermedad fuere puramente nerviosa ó procediera de una alteracion en las funciones del nervio facial, convendria hacer uso de los antiespasmódicos interior y exteriormente. La pulverizacion del agua fria sobre los párpados (1), y lo que es mejor aun, la pulverizacion de líquidos medicamentosos, tales como una infusion de belladona ó una disolucion de extracto de opio, han prestado grandes servicios. Deval dice que para obtener un éxito satisfactorio, se use la pomada de veratrina, bajo las dosis crecientes de 25, 50 y 75 centigramos hasta 1 gramo del expresado alcaloide, con suficiente cantidad de alcohol y 15 gramos de manteca. Carron de Villards curó un espasmo de los párpados que padecia cierto literato hacia mucho tiempo usando interiormente agua de laurel cerezo en la dosis de 15 gramos por mañana y tarde, y bañando el ojo enfermo con el líquido expresado. Tambien podrian ensayarse.

El blefarospasmo de origen reflejo exige que antes se cure la enfermedad primitiva. Las oftalmías crónicas hay que atacarlas por los medios ordinarios que se indican en los capítulos de las BLEFARITIS y de las OPTALMIAS PROPIAMENTE DICHAS. El que va unido á las nevralgias, y que recibe el nombre de *doloroso convulsivo*, es muy rebelde, y llega á necesitar la intervencion quirúrgica cuando los calmantes no han producido en él resultado alguno (2). De Graefe ha practicado con éxito la seccion del nervio sub-orbital. Cunier y Diefenbach suelen dirigir el instrumento cortante al músculo orbicular mismo y obtener la curacion. Desmarres (3) encuentra inaceptable el procedimiento referido. Fano ha tratado de combinar la seccion del

(1) Jungken, *Lehre von der Augenkrankheiten*, p. 778.

(2) De Graefe, *Archiv. für Ophthalmologie*, t. I, p. 440.

(3) Desmarres, *loc. cit.*, t. III, p. 609.

sub-orbitario con la de las fibras correspondientes del orbicular, y el éxito ha sido completo en la observacion á que nos referimos. Tambien hemos consignado ya los buenos resultados obtenidos por la extraccion de los dientes cariados y dolorosos.

En resumen: extirpacion de cuerpos extraños, curacion de oftalmías, antiespasmódicos interior y exteriormente, cloroformo, electricidad y tratamiento médico y quirúrgico propio de las nevralgias.

Despues de las afecciones espasmódicas de los párpados, convendria tratar de su *parálisis*, pero se ha creido mas oportuno dejar esta cuestion para los artículos que traten de la PARÁLISIS DEL NERVIO MOTOR OCULAR COMUN y DEL FACIAL. Véase tomo I, pág. 995 y 998.

CAPÍTULO III.

Enfermedades de los conductos lagrimales.

Los conductos lagrimales comprenden la glándula lagrimal y sus conductos excretores, el saco y el conducto nasal. Estos diferentes conductos se hallan separados entre sí por el espacio que media entre el ángulo externo de los párpados y su ángulo interno. Pero esta interrupcion no es absoluta. Un conducto incompleto, resultante de la union de los bordes palpebrales, sirve de lazo de union entre los conductos excretores de la glándula lagrimal y los conductos lagrimales propiamente dichos. Para que fuere completo cualesquier Tratado especial de las enfermedades de los ojos, convendria hablar en él separadamente de las afecciones que padezcan las diferentes partes constitutivas de los conductos lagrimales. Nosotros solo nos ocuparemos de hacer la historia de la inflamacion catarral y flemonosa del saco lagrimal, dando una cortísima indicacion de alteraciones que interesen á las demás partes.

Las *enfermedades de la glándula lagrimal* son rarísimas. Su inflamacion (*dacriodentitis*), descrita en todos los libros, apenas la han observado los médicos. Schmidt (1) pretende, sin embargo, que es frecuente. Todd (2), que la tiene perfectamente estudiada, atribuye su origen á una propagacion de las inflamaciones de la mucosa de los párpados hasta invadir la glándula lagrimal. Se caracteriza por una sensacion de sequedad en la superficie del ojo y por el dolor y la intumescencia que invaden desde luego el párpado superior. Cuando es considerable la hinchazon, el ojo se retrae hácia dentro, y la vista se altera mas ó menos. La *dacriodentitis* aguda avanza como un flemon y termina supurando ó pasa al estado crónico, produciendo la induracion de la glándula lagrimal. Si únicamente se interesa la por-

(1) J. A. Schmidt, *Ueber die Krankheiten der Thränenorgans*. Wien, 1803, p. 341.

(2) Todd, *Dublin Hospital Reports*, 1822, vol. III, p. 408.