

12
19
18

5-0-1877

Ensayo sobre los quistes de la órbita

137

Introducción.

La primera idea de este modesto trabajo me ha sido inspirada por la observación de un enfermo atacado de una afección de la órbita que tuvo ocasión de seguir en el servicio de Mr. Dupuytren en el hospital de San Luis. Se trata de un niño de 12 años que se le aprecia un tumor colocado en la parte superior e interna de la órbita derecha. Este tumor es renitente, liso, indolente, que con la punción dio salida a un líquido de color muy ligeramente amarillento, me pareció ser un quiste desarrollado en una de las bolsas serosas que se encuentran entre el músculo superior de la órbita y el elevador del párpado, o entre éste y la pared superior de esta cavidad, bolsas serosas muy bien descritas por Mr. Demarquay (Demarquay, De los tumores de la órbita).

"Los quistes de la órbita no son muy frecuentes dice el profesor A. Berard. Muchos médicos no han tenido ocasión de observarlos en su práctica privada y los que están a la cabeza del servicio quirúrgico en los hospitales no encuentran ejemplos sino de tarde en tarde. En dos o tres mil personas que se presentan cada año en nuestra clínica oftalmológica, no hemos visto más que dos casos, y aun uno de ellos no había sido dirigido por uno de nuestros colegas" (Auz. Berard, Investigaciones prácticas sobre los tumores enquistados de la órbita. Annales de Oculistique. 1844. t. XI. p. 162).



Desde el mes de setiembre de 1846 hasta el mes de Junio de 1847, no he encontrado, recorriendo los hospitales i las clínicas oftalmológicas privadas de París, mas que este solo caso. He estudiado cuidadosamente los diferentes trabajos publicados sobre esta cuestion i he llegado a reunir un cierto número de observaciones, que presento agregándoles mi observación personal.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Observaciones.

Alejandro Leconte, de 12 años de edad, sin profesion, constitucion debil, temperamento linfático, entró el 8 de setiembre de 1846 al hospital de San Luis, sala de San Agustín, número 34, servicio de Mr. Duplay.

Historia de la enfermedad. Este enfermo, que no tiene antecedentes hereditarios, habia gozado siempre de salud perfecta; pero hace dos años, sin causa apreciable, se quejó de dolores en las rodillas i en la cabeza. ^{Se tuvo en} ~~se~~ durando dos meses, con fiebre; en esta época le acometió una especie de sineope sin movimientos convulsivos.

Después de este accidente los dolores de las piernas i los de la cabeza desaparecieron; mas tarde se manifestaron i desaparecieron nuevamente, pero no fueron jamás continuos.

Cinco o seis meses mas tarde el enfermo notó que su ojo se hinchaba i salia de la órbita. Un medico de

la ciudad le hizo aplicar vejigatorios i cataplasmas en la sien derecha.

Estado actual. El ojo derecho está echado hácia adelante, afuera i abajo de la órbita; la conjuntiva i la esclerótica están inyectadas. La parte inferior e interna de la conjuntiva está edematosa i, hácia el ángulo mayor del ojo, forma una eminencia que desborda de una manera notable los bordes internos de los párpados; al nivel de la parte inferior de la córnea forma igualmente una ligera eminencia; la córnea está deslustrada, i en su parte inferior se perciben pequeños exsudatos intersticiales; la pupila está inmóvil; la vision está completamente abolida desde hace quince días. Casi todo el lado súpero-interno de la órbita hasta el límite del tercio medio con el tercio externo, está ocupado por un tumor del volumen de un huevo de paloma i de superficie lisa. Este tumor es penitente, fluctuante, i colocado profundamente en la órbita, de modo que no se puede encontrar el límite posterior; es inmóvil, irreductible, indolente a la presión. Hai ausencia de toda especie de fenómenos convulsivos. El párpado superior ~~desliza~~ fácilmente sobre el tumor, i los movimientos del ojo están abolidos. No hai ni latido arterial ni soplo.

El niño está normalmente desarrollado para su edad. Todas las funciones se ejecutan bien.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
9 de setiembre. - Mr. Duplay practica una funcion exploradora en el 4
ángulo interno del ojo. Esta funcion da salida a una cuaba-
rada grande de un líquido muy ligeramente amarillento.

El ojo vuelve a su posicion normal i la vision, completamente
perdida desde quinze dias ántes, se hace por completo. Después
de la operacion se pone una ligera compresa de algodón i vendar.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
El exámen químico del líquido fué hecho por Mr Lutz,
farmacéutico del hospital de San Luis. Encuentrase agua, un
poco de albúmina i mucho cloruro de sodio.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
El exámen histológico, hecho por Mr Ranvier, en el Colegio de
Francia, mostró la ausencia de ^(crochets) de equinococos.

Diagnóstico. - El diagnóstico de Mr Duplay fué: "Tumor
de la órbita situado en una de las bolsas serosas desarrolladas
entre el recto superior i el elevador del párpado superior."

Prognóstico. - Mr Duplay formuló el siguiente: "Se conse-
guirá curarle, pero es imposible saber si ~~la vision~~ se
conservará la vision".

Marcha de la enfermedad. - 10 de setiembre. El líquido se ha
reproducido i el tumor ha tomado un volumen igual al
de la víspera.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
11. Se nota hinchazon i rubicundez en la raíz de la nariz i en el
párpado superior derecho. El edema ha ganado el ojo izquierdo, i los
párpados de este mismo lado están hinchados i rojos; ni cefalal-
gia ni fiebre. Mr Duplay hace aplicar compresas imbibidas de

agua de sauco i prescribe un vaso de agua de sedlitz.

13.- La rubicundez i el edema del párpado superior derecho han disminuido; misma disminucion de la rubicundez i del edema en el ojo izquierdo.

15.- Despues de administrar el cloroformo, Mr Duplay hace una incision de tres centímetros al nivel del párpado superior i paralelamente a las fibras del orbicular. Se descubre una pared quística agrisada, espesa i fibrosa; incindido, el saco deja salir un líquido revoltoso, mucho mas espeso que el primero. El ojo no vuelve a su lugar tan completamente como en la vez primera. Mr Duplay coloca en la herida un tubo de drenaje i ordena cataplasmas de linaza.

16.- El enfermo ha pasado una buena noche i no sufre. Disminucion de la hinchazon i de la rubicundez.

18.- Se ha desarrollado una erisipela en la region orbitaria derecha, alcanzando tambien un poco la region orbitaria izquierda.

Temperatura 37,09 en la mañana; i 38,04 en la tarde. 96 pulsaciones.

19.- Al nivel de la herida hai supuracion abundante; la hinchazon ha aumentado en ambos lados. Temperatura 38,03 en la mañana; 39,03 en la tarde.

20.- Temperatura en la mañana 39: Se prescriben al enfermo 50 centigramos de sulfato de quinina para tomar en dos veces, limonada vinosa i caldo.

21.- La hinchazon comienza a disminuir en ambos lados. Temperatura ⁶
38°04 en la mañana; 39° en la tarde.

23.- ~~En la mañana.~~ En este día se notan al nivel de la herida placas de una cubierta pultácea, amarillenta i adherente. La hinchazon persiste en ambos lados i ocupa aun la piel de la nariz. Temp. 37,08 en la mañana; 38° en la tarde. Las placas son tocadas con un pincel empapado en una solución de percloruro de hierro. Sobre toda la region enferma, se aplican compresas con agua de saúco.

26.- Se comprueba la existencia de un absceso ganglionar en la parte inferior de la region parotidiana derecha. Una incision da salida a una gran cantidad de pus. El ojo enfermo va mejor. Temperat. 37,06 en la mañana; 38° en la tarde.

28.- La hinchazon disminuye mucho, pero la vista no vuelve. Los puntos cubiertos de pequeñas placas pultáceas son tocados con la solución de percloruro de hierro.

2 de octubre - Se aplican compresas empapadas en una solución al décimo de hiposulfito de soda i se tocan los bordes de la herida con el lápiz de nitrato de plata.

9. La exoftalmía disminuye i la herida no presenta ya cubierta pultácea. La parte inferior de la córnea es el sitio de pequeñas ulceraciones. Se observa tambien la existencia de sinequias anteriores. Aplicacion de un

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
Colirio de atropina dos veces al dia i curacion seca. 7

19.- Comienzan a cicatrizar las ulceraciones de la córnea.
Los movimientos del ojo son aun difíciles. Se observa siempre en la parte interna de la conjuntiva el edema que existia antes de la operacion. Colirio de atropina tres veces por dia i cataplasmas de linaza.

2 de noviembre. El edema aumenta i ^{alarga} ~~se~~ siempre la parte inferior i externa del ojo enfermo; la rubicundez de toda la conjuntiva se manifiesta de nuevo. Misma curacion.

Solo entonces el estado de la córnea permitió el examen oftalmoscópico. Mr Duplay comprobó una sufusion serosa de la coroides i de la retina; la pupila estaba casi borrada i los vasos poco aparentes.

6. El edema i la rubicundez disminuyen; el enfermo se encuentra mejor, pero tiene solamente la sensacion de luz sin poder distinguir los objetos.

23.- El edema de la parte interna e inferior de la conjuntiva ha casi desaparecido; los movimientos del ojo se ejecutan con mas facilidad, la vision está bastante restablecida para que el enfermo pida su alta.

20 de diciembre. El enfermo viene a la consulta casi curado; presentaba solamente un poco de estrabismo

www.MUSEOMEDICINA.CL
externo. Dice que se va al campo.

8

25 de mayo de 1877. El enfermo viene a la consulta del
Mr Duploy, el cual comprueba la integridad de la vision
i de los movimientos del ojo, salvo un ligero estrabismo es-
terno.

Etiología.

Nada se sabe todavía sobre la etiología de los quistes de
la órbita, ^{reina} i la oscuridad mas completa ~~sepa~~ sobre las causas
que puedan ocasionarlos. La mayor parte de los autores los
creen mas comunes en la edad adulta i principalmente en
los individuos de temperamento linfático, siendo el sexo
femenino el mas expuesto a tenerlos. El punto mas intere-
sante es relativo al sitio en que se desarrollan estos tumores.
Segun los autores, se sitúan las mas veces cerca de las paredes
superior e inferior mas bien que de las paredes laterales.

Entre las causas determinantes de estos quistes se atribuye cierta influencia a los resfrios, a las contusiones en las regiones orbitaria, temporal i frontal, a una caída sobre la nuca, a la estuporacion de los quistes de los párpados i a la inflamacion de la conjuntiva.

Los quistes desarrollados en la glándula lagrimal pueden ser consecutivos a una contusion recibida en

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

9
la parte esterna del párpado superior, a una inflamación, a una quemadura; pueden depender de toda causa que produzca la obliteración de uno o de varios conductos de la glándula, i en efecto las lágrimas, no encontrando ninguna salida, se acumulan en un conducto escretor o en un fondo de saco i dan lugar así a una formación quística.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Los quistes de la glándula lagrimal podrian ser debidos tambien a la acumulacion del producto de secrecion en el tejido celular interlobular. La existencia de estos quistes podria determinar siempre la propulsión del ojo hacia adentro i abajo.

Anatomía patológica.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Segun su sitio, los quistes de la órbita pueden dividirse en dos ^{grandes} categorías:

- 1.º Quistes que se desarrollan dentro de la órbita, sea en la glándula lagrimal, sea en el tejido celular;
- 2.º Quistes que se desarrollan en las paredes orbitarias.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Podemos dividir tambien los quistes de la órbita con respecto a su constitución,

Museo Nacional de Medicina
www.MUSEOMEDICINA.CL
en cuatro clases: quistes serosos, hidáticos, lagrimales¹⁰
i óseos.

Quistes serosos. - Estos quistes de la ~~Orbita~~ ~~debitaria~~
son los mas comunes en la Cavidad orbitaria.

su sitio es variable; pero son mas frecuentes cerca de
las paredes superior e inferior que de las paredes laterales.
Estos quistes se desarrollan en el tejido celular de la órbita, sobre
todo en el que se encuentra entre la pared superior i el
músculo elevador del párpado, o entre el elevador ~~del~~
~~prof~~ i el recto superior. En efecto, Demarquay dice
que ha encontrado varias veces pequeñas bolsas serosas
en estas regiones. El volumen de estos quistes varia jenera-
lmente desde el de un pequeño garbango hasta tama-
ños mayores; puede en tal que según su sitio pueda
producir la atrofia de la glándula lagrimal, el agranda-
miento de la Cavidad orbitaria o la perforacion de estas
paredes hácia el lado del cerebro, de las sienas, de
los senos frontales o maxilares, de las fosas nasales,
i dar lugar a deformaciones i a fenómenos de la
mayor gravedad. La forma varia: redonda u ova-
lar, pero ~~amenudo~~ se acomoda a las partes circun-
vecinas.

Museo Nacional de Medicina
www.MUSEOMEDICINA.CL

La membrana de cubierta es sobre todo delgada, ¹¹
pero puede adquirir un espesor bastante considerable;
su estructura es a menudo tan ~~apertada~~ densa que
se la ha comparado a la de la dura madre; puede
adherirse a las partes circunvecinas. La superficie in-
terna es generalmente lisa, de aspecto seroso, pero puede
también asemejarse a una mucosa. El contenido es
un líquido claro, trasparente, amarillento, algunas veces
de aspecto albuminoso, moreno, si ha habido algun deno
me sanguíneo. Puede también hacerse purulento.

Observacion II. Diagnóstico simple. Inyeccion iodada. Curacion.

Mlle Branger, de 12 años de edad, domiciliada en el núm. 136, calle
del Faubourg Poissonnière, fué traída a mi consulta el 25 de
febrero de 1848. Caída, hace cinco semanas, sobre la órbita izquier-
da; ocho días después, aparición de una exoftalmía del
lado derecho; a los ocho días después la vista se oscurece,
existe dolor en la nariz, en las sien, en la frente; desde
esta misma época este dolor es a veces bastante intenso
para impedir el dormir a la enferma. Esta niña, que
es muy inteligente dice que experimenta en la órbita, en
el punto correspondiente al tumor, punzadas análogas
a picaduras de alfileres: son sus propias expresiones. Es-
tas punzadas son mas notables por la tarde que durante
el día.

El ojo derecho ha descendido hácia la mejilla, ^{esta 12} ~~ir mas~~ saliente que su conjunx como un centimetro ~~a~~ centimetro i medio mas o ménos; los párpados lo cubren ^{con} bastante facilidad; sus movimientos son casi imposibles hácia arriba i muy restringidos lateralmente. Hai epífora.

El párpado superior cuando está gachó parece dividido en dos partes por un surco trasversal limitado hácia abajo por una eminencia formada por el globo ocular i hácia arriba por otra eminencia producida por el tumor mismo. Por medio de movimientos repetidos de los párpados, me aseguro de que el músculo elevador pasa por ~~del~~ ^{abajo} del tumor i no por delante. Los dos tercios externos de la órbita no presentan nada de anormal; solo hácia el tercio interno de esta cavidad se encuentra un tumor de superficie lisa, no abollada i que puede tener en su parte mas prominente el volumen de una avellana. Este tumor no es apreciable a la vista, no llega al nivel del reborde orbitario; apenas si se dibuja ligeramente sollevando un poco la base del párpado superior. Parece fijo, aunque susceptible de algunas dislocaciones laterales. Su consistencia es un poco blanda i se puede creer que ~~existe~~ ^{existe} fluctuacion. El globo ocular no presenta nada de anormal en su textura; el iris está contrae

til; la vision es un poco ménos clara que en el lado opuesto, ¹³
 sin otros caracteres especiales; ~~estaba~~ ^{por eso} no existe miopía,
 ni presbiopía, especies de lesiones funcionales que hemos no-
 tado en otras circunstancias. Ensayo como medicacion inter-
 na el ioduro de potasio en dosis de 50 centigramos, despues
 de 45; al exterior prescribo fricciones con unguento mer-
 curial. Este tratamiento continuado durante cinco o seis
 semanas no produce ^{ningun} resultado favorable.

25 de marzo. - Punción en el tumor una puncion exploradora
 con la aguja para cataratas; se derraman por la pequeña
 herida varias gotitas de un líquido seroso. En los dias si-
 guientes el quiste se vácia poco a poco i el ojo entra en la
 órbita; pero el líquido no tarda en reproducirse i el 20
 de abril la exoftalmía era aún mas pronunciada que
 ántes de la operacion.

27 de abril. Punción con un trocar de mediano calibre: sa-
 lida de una cucharada ^{grande} de serosidad trasparente, que
 no presentaba ningun caracter especial; despues hago con
 la jeringa de Anel dos inyecciones sucesivas con el líquido
 siguiente: R. Agua destilada 7 gramos, tintura
 de yodo 1 gramo, ioduro de potasio 30 centigramos. Dejo
 una porcion de este líquido mezclada en el interior del
 quiste.

28. Inyeccion inflamatoria bastante violenta; poco o na-
 da de reaccion general.

30.- Rubicundez e infiltracion del párpado superior; exoftalmia ¹²⁴
 mas pronunciada que antes de la operacion; lagrimeros, do-
 lores bastante pronunciados en la órbita i a su derredor;
 la tumefaccion jeneral de la region enferma ha sido mayor
 ayer que hoy: infiltracion edematosa ligera de la mejilla.
 Correspondiente.

4 de mayo. ^{Casi} No existe ya tumefaccion del párpado superior,
 que ha recobrado sus movimientos de una manera casi com-
 pleta. Las funciones visuales se han mejorado. El quiste
 parece bastante distendido; la abertura practicada está com-
 pletamente cicatrizada. La exoftalmia es ya ménos pronuncia-
 da que antes de la operacion, sobre todo de lo que era
 en los primeros dias que siguieron a ésta.

9.- El ojo ha entrado de una manera muy notable en
 su cavidad i no sobrepasa sino muy poco su nivel normal,
 pero el tumor se ha hecho mas saliente, la piel no está
 roja i nada indica un estado flemático de los tejidos circun-
 vecinos. La consistencia del quiste es mucho mas pronun-
 ciada que antes de la operacion; su forma es mas cónica,
 parece que su interior es el sitio de un trabajo de adhesion
 que se hubiera establecido por medio de la linfa plástica de-
 rramada. No hai dolores.

23.- El ojo ha entrado casi completamente en la órbita;
 el párpado superior está aún un poco hinchado; el tumor
 está duro, ^{comiso}, casi móvil; ha disminuido de volumen
 de una manera bastante notable desde el último examen;

actualmente apenas iguala el grosor de un garbano que es
• tuviese ligeramente aplanado. El trabajo de adhesion i de
reabsorcion de los productos derramados en la cavidad del
quiste evidentemente marcha bien. No hai epifora; vi-
sion normal. (Javignot. Journ. des Connaiss. med. chirurg. T. XXXI
p. 12.)

~~Quistes hidáticos. El profesor de Jefe ha observado un
caso de quiste hidático situado entre el globo ocular i el borde infe-
rior de la órbita. Otros quistes pueden tambien~~



Quistes lacrimales — Los quistes lacrimales pueden desenvolverse en la porcion palpebral i en la porcion orbitaria de la glandula. La pared es delgada i su examen microscopico demuestra que en cara interna esta tapada de un epitelio cilindrico como el que reviste los conductos excretorios de la glandula. El contenido de estos quistes es un liquido transparente, incoloro, semejante al agua. Este liquido se aproxima bastante de la composicion normal de las lagrimas por el agua i las sales que contiene, pero difiere de él por la cantidad de albúmino, lo que dependeria segun M. Surloy de la estagnacion de las lagrimas en la cavidad quística. Su asiento mas comun es el angulo externo del párpado superior. Su volumen varia entre un y arbuzo i vena nuez. El tumor es movable, transparente, fluctuante, inodoro sin cambios de coloracion en la piel.

Obs. Quiste lacrimonal de la porcion palpebral de la glandula.

Un enfermo que está actualmente en Viñeta en el domicilio de M. Barra presenta un tumor supuroso al nivel del angulo externo del ojo. Este hombre ha sido quemado en su infancia i le queda un ectropion. En el mes de abril ultimo, se apreció de un tumor que se desenvolvió en el angulo externo del ojo. Ha aumentado poco a poco i actualmente ocupa el volumen de un huevo de pichón. Es un poco ablastado rojo a su superficie, fluctuante i transparente. Cuando se examina con cuidado el asiento de este tumor, se ve que está situado al nivel de los conductos lacrimales. Se aprecia arriba dos pequeños orificios que son los orificios de los conductos lacrimales, i al rededor de estos puntos pequeños agujeritos de las glandulas lacrimales que son bastante numerosos en este punto. Capomando este hombre, a la accion de los rayos solares, pudo verse salir un liquido acuoso, transparente, i lagrimas de todos estos pequeños orificios. Una pequeña puncion practicada a este tumor dio salida a un liquido claro, fino, transparente. El bolicillo vaciado M. Barra sintió en el fondo del saco oculopalpebral interno un pequeño tumor resistente que escapa a la exploracion cuando el bolicillo está lleno.

El quiste es vaciado por la puncion. Este tumor parece aproximarse de la ramula. Se sabe que al rededor de las glandulas lacrimales se encuentran los canaliculos excretorios de las glandulas excretorias de Rosenmüller; quizas uno de estos es el asiento de estos quistes.



Exoftalmia

La exoftalmia o proyeccion del ojo hacia adelante es la existencia de un tumor particular en un punto de la cavidad orbitaria con los dos sintomas principales que los quistes de la orbita pueden producir.

La existencia del tumor en un punto de la cavidad orbitaria puede no ser percibida en una época no avanzada de la enfermedad o cuando el quiste se ha desarrollado en el fondo de la orbita.

Al principio la afeccion es indolente en la mayor parte de los casos; sin embargo hai muchas observaciones en que el enfermo acusa un vivo dolor como punto de partida de la afeccion. Si el dolor se ha encontrado el no ha sido persistente i mas tarde la enfermedad ha tomado el caracter indolente que toma en la mayor parte de los casos. No es sino al cabo de cierto que el enfermo acusa una tension i plenitud en el ojo, un dolor sordo i profundo que se manifiesta sobre todo en los movimientos del globo ocular i que se irradia hacia las sienes, la frente i algunas veces a toda la mitad de la cabeza. Ha habido enfermos que han tenido la sensacion de un cuerpo extraño o de picotear en el ojo.

La exoftalmia es el principal sintoma aparente que haga manifestar la afeccion. Si el quiste no es neto ocular lo que es mas comun es un cierto grado de estrabismo que llama la atencion del enfermo. El globo ocular es llevado hacia arriba, abajo, afuera o adentro segun el punto en donde esta el tumor. Entónces se encuentra una miopia o hipermetropia segun que el tumor comprime el diametro vertical o el diametro antero-posterior.

A medida que la exoftalmia hace nuevos progresos la pupila se empaña i se muestra ambliopia o diplopia. El enfermo expresa la sensacion de cuerpos o ve los objetos mas o menos deformes.

Los dolores hacen mas i mas fuertes; sin embargo se han encontrado enfermos que no han experimentado jamas ningun dolor. La sensacion de presion, de tension profunda se hace de dia en dia mas fuerte i mas molestada; ella se extiende generalmente a la nariz, a las sienes, a la frente; priva al enfermo de sueño i sobreviene perdida de apetito i enflaquecimiento. A veces el dolor ha producido delirio.

Los movimientos del globo ocular son mas i mas difíciles a medida que el tumor, aumenta i concluyen por desaparecer completamente.

Los párpados echados hacia adelante por la propulsión del globo ocular se hacen edematosos o se vascularizan mas i mas. La dilatación se agrega a la dificultad de los movimientos. Ellos se inclinan sea hacia dentro o afuera, quedan separados el uno o el otro aun durante el sueño i contraen adherencias con el globo ocular.

La secreción i la excreción de las lágrimas no son en general de ninguna manera alteradas. Algunos autores han encontrado sin embargo sequia del ojo i han observado sobre todo esta sequia cuando el tumor venia en asiento en el espesor o en la vecindad de la glandula lacrimal. Se ha observado tambien la epifora.

La marcha de estos tumores es variable. A una época son pocos alzada de la aparición de estos sintomas i segun el asiento de la afección, se ve aparecer en un punto del contorno orbitario un tumor que levanta el uno i el otro párpado. Este tumor está separado del globo ocular por el uno u el otro párpado.



Diagnóstico

Cuando el enfermo no experimenta sino una ten-
sion vecinada en el fondo de la órbita, es bien difícil de poder
pronunciarse sobre la naturaleza de la afeccion que la produce
en efecto esta tension puede ser ocasionada sea por un humor
o por una oftalmia. Pero cuando el globo del ojo comienza a lle-
varse hacia adelante, quando ha experimentado una desviacion
de un lado a otro, quando el tumor se hace sensible a la vista
el diagnóstico es ya cierto.

La primera cuestion que se presenta es esta. Se trata
de un tumor liquido o de un tumor sólido

La puncion exploratriz es uno de los grandes medios
para diagnosticar los quistes

La palpacion, la fluctuacion i la puncion nos haran
separar los tumores sólidos

El dolor existe siempre en los tumores cancerosos.

La implicacion de los musculos de los ojos parece
segun de Graefe, ser mas pronta en los tumores malignos, algunas
veces aun ante la aparicion de la exoftalmia. En contrario en los
quistes los musculos quedan intactos durante mucho tiempo.

La auscultacion juega un rol muy importante en
los tumores de la órbita. Ella nos permite decidir si la afeccion
es o no de naturaleza vascular. Colgando el estetoscopio se
oira un ruido de soplo propio de los tumores sanguineos.
Este ruido de soplo intermitente desaparece por la com-
presion de la carotida

La enfermedad de Basedow el exo oftalmia
se podria por la exoftalmia que produce dar lugar a
un error de diagnóstico, pero los otros sintomas como la
palpitacion, la hipertrofia del cuerpo tiroides, apartaran
toda duda.

Cuando se trata de un flemon, hai dolores muy
agudos i fenomenos inflamatorios intensos que dan lugar
alimento a la formacion de abscesos.

Prognosis

Los quistes de la orbita tratados de una manera conveniente no presentan ningun peligro serio; rara vez ponen la vida en peligro. La vuelta mas o menos completa de la vision depende del estado del ojo i de sus nervios en el momento de la operacion. La vista muchas veces abolida por la grande disentercion del nervio optico se ha restablecido en toda su integridad al cabo de cierto tiempo, mas o menos el que entran en la orbita. En algunos casos ha quedado extrabismo o dificultad en los movimientos.

Exacerbacion del mal, perdida de la vista, desorganizacion mas o menos completa del ojo es lo que se observa casi siempre cuando no se interviene



Tratamiento

El tratamiento quirúrgico es el único que conviene a esta afección.

Las indicaciones son en número de dos: evacuar el quiste, impedir su reproducción.

Para llenar la primera indicación, podemos recurrir a la punción simple, a la punción, a la incisión parcial, a la abyección completa del quiste. Para llenar la segunda emplearemos las inyecciones de tintura de iodo, o de no importa qué sustancia irritante.

Examinemos con detalles estos diversos procedimientos.

Punción simple del quiste. La punción hecha con el bisturí o con el trocar podrá sin duda desembarazar al enfermo por un momento si el contenido del quiste es líquido y si la cavidad no es multilocular; pero este medio no es sino paliativo porque una vez la abertura cerrada el quiste se reproduce de nuevo. En nuestra observación, el quiste se reprodujo desde el día siguiente con el mismo volumen que antes la operación.

Para evitar este inconveniente se ha aconsejado mantener una cánula en la vivienda y hacer inyecciones con una sustancia irritante (vino, alcohol - solución de nitrato de plata - tintura de iodo). Este procedimiento ha dado algunos resultados satisfactorios. El ha sido empleado en los quistes simples.

Incisión del quiste

Este medio es más aventajado que el primero, pero es necesario hacer la incisión un poco larga para dar fácilmente salida al contenido e introducir en el bolsillo bolsillo de hilas para producir una inflamación supurativa, una organización que debe traer la obliteración completa de la cavidad.

Excisión de una parte del quiste

Este procedimiento

es mejor que el precedente porque hace imposible
la afluencia de los bordes de la abertura. Es el
procedimiento que conviene en el tratamiento de los
quistes cloacales e hidatídicos.
ablacion completa del quiste.

procedimiento, al que conviene recurrir cada vez
que pueda hacerse.

Francisco J. J. J. J.

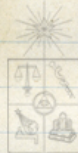
Francisco Gantúa



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL