

21 abril 1892

Tumores de la Orbita

399

Memoria de prueba para optar el grado de
Licenciado en la Facultad de Medicina i Far-
macia por Enrique Garcia E.

Señores:

1892

Posicionado de la escasa rareza de los
tumores de la orbita y por el hecho de haber
se presentado a la Clinica del D^r. Cienfuegos
por primera vez un caso de quiste retro u-
cular, he querido desarrollar como tema para
mi memoria de Licenciado algunas breves
consideraciones sobre estos tumores. Dare
una rapida i ligera ojeada sobre ellos, pero
me detendré mas, por las razones antes expues-
tas en los quistes cerebros refiriendome de prefe-
rencia al caso que voy a presentar a vues-
tra consideracion. En obsequio a la clari-
dad quiero dividir este pequeño trabajo en
cinco partes: En la primera trato de la
division que los autores hacen de esta clase
de tumores, tomando en consideracion su sitio
i en etiologia; en la segunda hablo de los
síntomas generales propios a ellos; en la ter-
ce^{ra}, paso en revista las diversas clases
de tumores que pueden desarrollarse en la or-
bita; la parte cuarta está constituida por la
observacion detallada del caso de quiste retro
ocular, tema de este trabajo; y termino llega-
do a algunas conclusiones.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Division de los tumores

Los tumores de la órbita han sido clasificados por Weker en dos grandes secciones, clasificación que es necesario seguir para la mayor claridad de la cuestión que estudio.

1.º tumores intramuseculares, que toman su desarrollo por dentro de los músculos oculares, en el espacio que circunscriben dentro del globo ocular hasta el fondo de la órbita. Este espacio como se sabe es una verdadera pirámide de cuatro caras o planos.

2.º tumores extramuseculares, los que toman su origen fuera del espacio enunciado, a los cuales hay que agregar los tumores de fuente vasa o perivascular.

Agrupados de esta manera, los tumores orbitarios pueden a su vez ser clasificados bajo otro punto de vista, tomando en cuenta su modo de producirse, en una palabra su Génesis. El dicho autor no vacila en hacer de ellos tres divisiones importantes:

1.º tumores producidos por extravasación o transudación, como el enfriema, los hematomas, los higromas, los hidátides, la hidropesía de la capsula de Tenon.

2.º tumores glandulares por la retención de principios secretados normalmente, v.g. los quistes foliculares.

3.º tumores que toman su origen inmediato en la hiperplasia o proliferación del tejido conjuntivo de la cavidad orbitaria y de sus paredes, como el fibroma, sarcoma, neurofibroma, tumores vasos etc.

Síntomas de los tumores de la órbita en general

Como síntomas mas importantes de estas afecciones podemos señalar los siguientes: generalmente, al principio los tumores de la órbita no traducen su presencia sino por síntomas vagos: dolores en el fondo de la órbita, en el ojo mismo, en la región temporal o frontal, algunas veces aun en el cráneo, trastornos visuales, dificultad en los movimientos del ojo; a medida que el tumor evoluciona una serie de síntomas mas demostrativos se presentan:

1.º Exoftalmia, cualquier cuerpo que nazca en la cavidad orbitaria tiene forzosamente y como consecuencia obligada que rechazar el ojo hacia adelante y producir este síntoma molesto e poco agradable, llegando hasta enjendrar una verdadera luxación del globo ocular.

2.º - Desviación del ojo. Puede hacerse en el sentido opuesto al de implantación del tumor, determinando un estrabismo convergente o divergente, diplopia etc.

3.º - Óxio del párpado superior y ectropión del párpado inferior. El causo de esta misma proyección del ojo hacia adelante, los movimientos palpebrales estan en gran compromiso; el párpado superior se cae y el inferior se invierte hacia afuera dando origen aun ectropión mas o menos marcado. La conjuntiva se enrojecese, se infiltra, se hace que mítica, sobre todo en el ángulo externo del ojo.

4.º - La erupción del tumor del lado de la conjuntiva o de la piel es bastante manifiesta

i clara. El tumor que avanza hacia adelante, el tumor se abre paso por entre el ojo y la pared orbitaria, mas comunmente la inferior. Separando el párpado inferior no es muy difícil percibir esta eminencia y algunas veces este órgano se manifiesta chemótico, rojo, infiltrado y espeso.

5.ª. - La auscultacion es de suma necesidad en estas afecciones para poder determinar su naturaleza vascular o diversa.

6.ª. - Hipermetropia y miopia adquiridas.

El rebazo del globo ocular influye en los cambios de forma y por consiguiente tendremos vicios de acomodacion adquiridos, que se explican naturalmente por el alargamiento o acortamiento del ecuador del globo ocular. Qui si con tumor de las paredes orbitarias comprime lateralmente el ojo; alarga de consiguiente su diametro anteroposterior, habra miopia.

Si la compresion se efectua de atras adelante (tumores retrooculares) habra hipermetropia por acortamiento del mismo diametro.

7.ª. - Neuritis optica (neuro retinitis). Es causada por la compresion del nervio optico y puede llegar hasta el oscurecimiento completo de la vista. El examen oftalmoscopico demuestra la presencia de infiltraciones serosas en la papila, los vasos retinianos estan tortuosos y varicosos; hay derrames sanguineos, exudaciones blanquiseas en la retina. Esta neuritis optica se parece a la de origen cerebral; no obstante un diagnostico diferencial es facil formular.

3.º. Pasaremos ahora en revista las diversas clases de tumores que pueden desarrollarse en la órbita.

El enfisema del tejido conjuntivo de la órbita ocurre por causa en la mayor parte de los casos una fractura de los senos frontales i en esta circunstancia se extiende además a la frente y a las sienas como en un caso de Farquhar. Otras veces la ruptura de las células etmoidales o una comunicación de la parte superior de las fosas nasales en la órbita. Casi siempre se acompaña de enfisema palpebral y se nota con bastante frecuencia equimosis subconjuntivales y subcutáneas. Uno de los síntomas más inmediatos y comunes que son la consecuencia obligada de los tumores ^{orbitarios} es la exoftalmia que como ya lo hemos dicho, se observa también en el enfisema, sobretudo cuando este es muy desarrollado.

Hematoma. - Los tumores sanguíneos se forman casi siempre a expensas de la sangre derramada por violencias traumáticas o espontáneamente. Estos derrames pueden efectuarse entre el perostio i el hueso, en el tejido celular de la cavidad orbitaria, o bien entre el globo ocular y la cápsula de Tenon. Cuando su desarrollo es espontáneo pueden invocarse aquí algunas condiciones indispensables a su producción, v.g. un esfuerzo brusco, una espiración violenta o la acción de un calor intenso i fuerte.

La exoftalmia ocasionada por estos tumores adquiere un desarrollo moderado, y la ausencia

de síntomas inflamatorios, la desaparición progresiva de este síntoma nos pone siempre sobre la vía del diagnóstico diferencial.

Los derrames traumáticos son ocasionados en general por contusiones profundas de la cavidad orbitaria o de sus paredes, por fracturas de los huesos craneales o por heridas por instrumento cortantes, contundentes y punzantes. La falta de movilidad del ojo, la aparición de equimosis palpebrales uno o dos días después del accidente permiten localizar el derrame y precisar si su origen está en el hueso mismo o en otra parte. Si la conjuntiva se presenta infiltrada de sangre podemos deducir que el derrame se ha hecho en el tejido retiniano o bien la sangre se ha fugado u una vía de escape por una desgarradura del perivestio.

Hidropesía de la capsula de Tenon. (Retinitis)
Es tan rara esta afección que no se conoce hasta ahora sino la observación descrita por Carron de Villards que trataba del caso de un joven de 17 años a quien se iba a extirpar el ojo porque se creía que se trataba de un tumor fibroso de la órbita.

Hidátides. Igualmente que los quistes, los tumores hidatídicos toman su desarrollo en bolsas intra orbitarias que poseen una pared propia formada a expensas del tejido celular condensado y engrosado; pero no habiendo adherencias en su interior, esta pared se desprende con facilidad sin gran trabajo.

Las formas de hidátides se encuentran en estas regiones: las engendradas por cisticercos

i el quiste de equinoceus. La primera
 adquiere un tamaño pequeño, un volumen
 como de un grano de haba grande; su pared
 es blanda y de consistencia gelatinosa. Bajo
 el microscopio es fácil conocer los quistes
 por su corona de ganchos insertados a ve-
 ces de sales calcáreas. El equinoceus ad-
 quiere proporciones mucho más considera-
 bles y da origen a una exoftalmia gigante
 y sumamente enorme; su pared es resistente
 i dura y presenta, vista bajo el microscopio,
 un aspecto estratificado como la capsula del
 cristalino (Wedl).

Fibroma. Como en todos los demás órga-
 nos y tejidos animales, estos tumores están cons-
 tituidos por masas de tejido conjuntivo muy
 apretados entre si que le dan una consisten-
 cia enormemente dura; cortado a través o en
 distintas direcciones cruzan bajo el cuchillo
 y presentan una superficie poco vascular y
 una coloracion que varía entre el gris pál-
 do y el blanco amarillento. El punto de par-
 tida de estos tumores orbitarios se observa siem-
 pre en el periostio nina en la vaina del ner-
 vo optico. Están siempre implantados por un
 pedículo provisto de varias ramas secundarias y
 es fácil aislar en él una especie de capsula fi-
 brosa no muy adherente. Su desarrollo se hace
 hácia la cavidad orbitaria, determinando muy
 pronto los síntomas propios que le caracterizan,
 como ser: una exoftalmia de grandes proporciones
 que llega a ocasionar muchas veces dolores muy
 agudos. La ausencia de fiebre y de otros sig-
 nos inflamatorios y los datos anamnésticos

suministrados por el sujeto nos colocarán en camino de hacer un buen diagnóstico.

Sarcoma (tumor fibro plásticos). Como lo afirma el profesor Virchow, hai frecuentemente poca diferencia entre este tumor y el fibroma, y muchas veces se los confunde cuando toman su desarrollo dentro de la cavidad orbitaria.

Un examen microscópico atento podría sacar de dudas a este respecto.

Lipoma. Al revés de lo que se pasa con las otras neoplasias pasadas en revista que toman origen en el periorbita orbitario, este tumor se encuentra en el tejido adiposo abundante que existe en el espacio piramidal antes mencionado, o bien, como piensa Barron de Villards fuera de dicho espacio. Puede ser confundido como lo revela una observación de Hänsler, y la escasa lentitud de su marcha, la ausencia de toda manifestación de desorden en la salud general, la falsa sensación de fluctuación (mas bien pastosidad al tacto), las funciones esplendidas harán llegar siempre al verdadero diagnóstico de esta neoplasia rara.

Tumores oses. - Nos limitaremos a hablar aquí de una especie particular de tumores oses eburneos excluyendo a aquellos que reconocen un carácter maligno y los exostosis de formas diversas. Mientras que en estos últimos el tejido de que se componen es blando, frágil y presenta de trecho en trecho sustancia cartilaginosa incoherente los tumores eburneos como en nombre lo indican están caracterizados por una dureza excesiva y su composición histológica nos revela por otra parte que están constituidos

por tejido óseo muy denso. Su sitio de desarrollo se encuentra en el perivestio o bien en el Dujloa; en este último caso la producción de esta neoplasia eburnea ha sido atribuida a una osteitis franca. Estos tumores tienen graves consecuencias y presentan serios peligros por la marcha ulterior a su desarrollo incesante; en su crecimiento invaden las cavidades vecinas y son difícilmente extirpados por la dureza con que se manifiestan.

Por lo general, aparecen en el reborde orbitario anterior, son accesibles al tacto y se puede comprobar fácilmente su superficie irregular, nodulosa, dura como piedra.

Encondromas. - Si se atiende a la composición histológica de todo tumor de esta región, nos convencemos de que esta neoplasia es sumamente rara. Según Weker, la mayor parte de los encondromas observados en la órbita (caso de M. Demarquay) no han sido sino producciones inflamatorias del perivestio, que para pasar al estado óseo han tenido que atravesar la fase de tejido cartilajoso.

Según el título de estos tumores, en su constitución histológica deben entrar elementos del cartilago hialino, fibrilar o reticular. Forman su origen en los huesos i perivestio de la cavidad orbitaria; rara vez se les ve nacer en el tejido blando de la cavidad; se les encuentra en los niños en los primeros diez años de la vida; sin embargo los autores no lo señalan en esta edad.

Carcinomas. - Las formas de Cáncer se han observado en la órbita. El cáncer medular y el cáncer metastásico. Pueden desarrollarse fuera de la cavidad

y penetrar a ella por las aberturas naturales en comunicacion con los conductos o cavidades vecinas. Con frecuencia el tejido celular retrobulbar rara vez el tejido adiposo, y el globo ocular mismo son las principales fuentes de esta neoplasia maligna y seria.

Tomando un crecimiento rapido e incesante, el ojo (organos delicados de por si, es rechazado hacia adelante y aunque las membranas se adhieran con firmeza a las tenaces masas cancerosas que las alteran y destruyen, nunca se ha notado metástasis o focos cancerosos secundarios (Weker). Por lo general, el cancer desarrollado en la orbita no tiene particular tendencia a penetrar a las cavidades vecinas por las aberturas naturales (hendidura etmoidal) (hendidura etmo maxilar, agujero optico etc.); sino que ataca, destruye, necrosa y perfora los huesos de la cavidad y se abre camino en medio de esa destruccion implacable tan especial a esta neoplasia grave y fatal.

Vistas las diferencias de opiniones encontradas acerca de su naturaleza histologica, hasta cierto punto habia parecido difícil diagnosticar esta afeccion.

Hoy las cosas cambian. La estructura alveolar caracteristica y tipica de estos tumores, sus celulas irregulares, redondas o espirivideas, no servirian para confundirlos con un sarcoma u otro tumor. Mas bien las formas mixtas presentarian graves dificultades para saber a que atenerse sobre esta materia. Estas serias dificultades se acentuan cuando se piensa en que estas neoplasias odiosas se muestran

en niños de 10 años, cosa que no sucede en las otras regiones, donde la avanzada edad es un buen dato casi seguro para llegar a un diagnóstico preciso.

Tumores vasculares. - Estos accidentes morbosos han podido ser clasificados clara y perfectamente en tres grandes divisiones:

1.º tumores erielides; 2.º tumores varicosos y 3.º tumores aneurismales.

Los primeros llamados también teleangiectasias, pueden llegar hasta el interior de la órbita, después de haber tomado su origen en la región palpebral. Según M. Desmarres, estos tumores comienzan por una manchita pigmentaria o por un nevus; pero Weker no está de acuerdo en creer que tienen su punto de partida en el interior de la cavidad orbitaria como aquel piensa. Las grandes dificultades que hasta ahora han presentado estos estados morbidos hasta llegar a confundirlos con tumores malignos, muy raras en vasos (fungus hematis), son dignas de tomarse en cuenta y merecen llamar seriamente la atención. No es sino ~~esta~~ un examen atento, con datos anamnésticos precisos y claros y un buen estudio microscópico de estos neoplasmas como se llegará con tanta seguridad a distinguir estas afecciones maravillosas. La mayor parte de los tumores cavernosos de la órbita presentan una capsula de envestimiento que permite atacarlos directamente y con facilidad.

Los tumores varicosos, son parecidos a los anteriores por su primitivo origen en los párpados. Se les observa a consecuencia de obstáculos más

o menos grandes a la circulación venosa, embazas que pueden extenderse a las regiones vecinas.

Los aneurismas de la órbita son aneurismas verdaderos o bien aneurismas flacos o difusos.

Vista la rareza suma de estos tumores sanguineos no tenemos para que entrar en más detalles sobre esta materia para lo cual pueden consultarse los tratados especiales.

Los quistes foliculares tienen su fuente principal en los folículos del dermis de los parpeados, y como varios otros tumores, se sumergen a distintas profundidades en la cavidad orbitaria y llegan hasta borrar el folículo de origen. Están constituidos por la obliteración del orificio folicular, que favorece la acumulación de los materiales enfermados normalmente y que deben ser expulsados al exterior.

La naturaleza de este contenido es casi siempre invariable: así se encuentran en él células epiteliales, masas grasosas, cristales de colesterina, depósitos calcareos etc. Según sea el predominio de estos elementos quísticos, se han subdividido estos quistes en varias especies.

El ateroma es un quiste formado por elementos epiteliales y moléculas grasosas.

El esteatoma (palabra empleada por Galeno) es el quiste cuyo contenido es de grasa tan densa como la estearina y de células epiteliales compactas.

El colesteatoma tiene gran cantidad de colesterina etc. Se ha señalado también la presencia de pelos y germen dentarios (Barnes).

Estos tumores quísticos alcanzan con frecuencia

enormes proporciones de desarrollo, llegando hasta gastar y perforar las membranas del ojo o bien lo hechan fuera de su cavidad.

La etiología es oscura. Se le observa en los foveas mas que en los adultos y se ha querido atribuir mucha importancia a las violencias exteriores en la producción de estos quistes.

Voy ahora a tratar del higroma de la órbita, afeccion rara como todos los neoplasmas de esta region, pero que segun mi manera de ver, la observacion que adjunto y que tengo el honor de presentar enquadra cabal y perfectamente con la descripcion sucinta que dare de esta afeccion. En ella vereis, Señores, que la situacion del tumor, su desarrollo mas o menos rapido, su evolucion caracterizada, la naturaleza del fluido que se extrae en época oportuna, su curacion pronta i eficaz, concuerda admirablemente con el caso de quiste retro ocular del profesor Siempego.

Los libros de patologia ocular apenas si consiguen dar una relacion detallada y exacta de estas neoplasias escasas. Unicamente se limitan a referir tal o cual observacion aislada que no deja de tener mérito en virtud de la rareza inusitada de estas afecciones morbosas.

Higroma de la órbita: Este tumor toma su origen en una pequeña bolsa mucosa intraorbitaria, y hay probabilidades en creer que la mayor parte de los quistes retro oculares que se observan son engendrados por la distension de estas bolsas mucosas nacidas accidentalmente por el destino funcional de los organos

orbitarios (Virchow). Con bastante frecuencia estas bolsas serosas toman su desarrollo por encima o por debajo del músculo elevador del párpado superior y se las encuentra llenas de un líquido trasparente viscoso, cuyas paredes están constituidas por tejido celular engrosado.

Se desarrollan estos quistes a consecuencia de fenómenos irritatorios e inflamatorios mas o menos profundos que hacen aumentar la cantidad de líquido normal que contienen estas bolsas, los líquidos adquieren así un color citrino. Si los fenómenos irritatorios son mas o menos intensos, la evolución de estos tumores ^{es lenta o rápida.} ~~enormes~~ "Algunas veces constituyen tumores enormes" que penetran hasta el interior de la cavidad craneal i dan origen a exoftalmias de proporciones gigantescas.

Historia retro ocular - observación

Rosa Arancibia, soltera, 19 años de edad, natural de Huillota, venida en las obligaciones de su hogar.

Es una joven de constitución débil, de temperamento linfático, sin antecedentes morbosos hereditarios ni personales, ha gozado siempre de muy buena salud.

Pasó el mes de julio atendiendo a su madre enferma y luego que ésta hubo muerto lloró mucho durante cuatro días consecutivos.

Al día siguiente empieza por sentir molestia en el ojo izquierdo, pesantiz, ligero dolor, que después de seis días se hace insoportable y continuo, derrame abundante de lágrimas ^{mas;}

La vision en el mismo ojo principiaba a hacerse defectuosa; la enferma segun su propia expresion, ve los objetos nublados y dobles, el globo ocular está desviado hacia adentro; en una palabra tiene diplopia y estrabismo convergente, hasta que la percepcion de las imagenes desaparece completamente.

La conjuntiva palpebral está muy inyectada, y nota con estraneza que el ojo avanza mas i mas rapidamente hacia adelante, de tal modo que al decimo dia esta exoftalmia es tan pronunciada que aquel sobresale casi por completo de la orbita y los parpados quedan anchamente dilatados a manera de bisel en el ecuador del globo ocular.

Fui vista en Puillota por varios facultativos y entre otros remedios le aplicaron siete sanguijuelas: dos en el borde orbitario inferior izquierdo, dos en el arco superciliar del mismo lado y tres en el angulo inferior de la mandibula.

No mejorando nada de su padecimiento, i aconsejada por los mismos facultativos que la asistian, se presento a la Clinica de Oculistica (Hospital de San Vicente de Paul) el 18 de Noviembre de 1891.

Fui reconocida por el doctor a cuyo cargo está este servicio, profesor Cuzuegos, y despues de oida la historia que la paciente hizo de su enfermedad, declaró que en su concepto se trataba de un quiste retin ocular, cuya naturaleza se encargaria el microscopio de dar a conocer.

En efecto, al dia siguiente 19 de Noviembre se

hizo una primera punción exploradora de la manera siguiente: (método que para ahorrar repeticiones molestas, se ha seguido escrupulosamente en las punciones posteriores a que como uno de los medios de tratamiento a estado comen- tida la enferma, como se verá mas adelante).

Se principió por desinfectar la conjuntiva con una solución boricada y si inútil unas cuantas gotas de la solución de creolina titulada al 2% para insensibilizarla. Con una aguja delgada de la jeringuilla de Pravaz permanentemente desinfectada en agua hirviendo se penetró en el ángulo interno del ojo rozando la esclerótica y la pared interna de la órbita; pues, habia entre ambos un buen espacio ocupado por la conjuntiva infiltrada, hemótica que permitia hacer esta operación sin dificultad.

Apenas se hubo hecho el vacío en la jeringa a- parece el cuerpo de esta lleno de un líquido sero-al- buminoso, cristalino que servado despues resul- tió ser salado y tener reacción alcalina; se quitó el cuerpo de la jeringa lleno de líquido dejando siempre la aguja en su sitio primitivo, vacia- da esta se volvió a aplicar nuevamente a la aguja y así por este mecanismo se extrajo diez gramos de líquido.

Se llevó bajo el microscopio unas cuantas go- tas de este fluido y apesar de un ~~examen~~ exa- men detenido no se comprobó la presencia de ganchos de equinococos. Estaba pues documen- tamente confirmado el diagnóstico del Dr. Cienfuegos. En esta misma sesión se hizo algunas escribi- ciones en la conjuntiva que dieron por resulta- do la salida de tres a cinco gramos de sangre;

esta pequeña hemorragia luego cesó y se terminó la operación haciendo un labado con la solución boracada y poniendo un vendaje ligeramente compresivo.

Mientras tanto que habia experimentado la enferma? un alivio considerable en su dolor, el globo ocular habia vuelto en parte a ocupar la órbita y la vision que antes le era enteramente imposible con el ojo enfermo reaparece aunque imperfectamente.

Delante de la enferma y del ~~cuadro~~ y del cuadro sintomático de la enfermedad se imponia el diagnostico de quiste retro ocular? vamos a pensarlos.

Efectivamente que a primer vista para un médico poco ejercitado no habria sido posible ni mucho menos permitido llegar a un diagnostico exacto por la multiplicidad de afecciones de que es asiento la órbita ocular y por los puntos de contacto que tienen algunas de ellas entre si; esto hace pues obligatorio un diagnostico por exclusion.

Estaremos en presencia de un flemor de la órbita? tan conocida es la etiología de esta enfermedad como la historia de nuestra enferma, no debemos pues insistir en ella, por otra parte, sabemos que el flemor de la órbita se acompaña siempre de flemor inflamatorio que en el caso de nuestra referencia no han existido, no es pues admirable la idea de flemor.

La exoftalmia extrema i la falta de causas locales o generales que pudieran acriminarse como enfundadores de la enfermedad, la evolución rápida del proceso no hacian tampoco

pensar en una Tenotitis (inflamacion de la capsula de Tenon), la unilateralidad de la afeccion, la falta de palpitaciones i de boceo dejaban a un lado a la enfermedad de Graves. el buen estado anterior en la salud de la enferma, la carencia de estados diatésicos causa ordinaria de la forma aguda de la osteoperostitis de la órbita eliminaban a esta última; por la misma razon no era admisible un exostosis sifilitico.

En el lipoma o fibroma no era posible pensar puesto que Charvet los pone en dudas asegurando que el primero se desarrolla mas bien en el espesor de los párpados y que el segundo ha sido siempre confundido con el Sarcoma como lo han provado las frecuentes recidivas que han seguido a su extirpacion. La misma rapidéz de desarrollo hacia a decir el Sarcoma que aunque tambien de evolucion rápida nunca seria tan excesiva.

Respecto a los Carcinomas de la órbita como que Berlin los niega en absoluto y que Charvet los considera como excesivamente raros. Ninguna causa local enjenera idea sobre hematomas o enfisema del fondo de la órbita; los tumores pulsátiles de la órbita tienen caracteres bien claros que los alejan demasiado de los precedentes y que por esto mismo no hay para que detenernos en ellos.

Nosotros quedamos pues como los tumores quísticos que asientan o en el tejido celular de la órbita o en las bridas serosas que existen por encima o por debajo del elevador del párpado superior, que se presentan casi siempre en las personas

jóvenes, que son de naturaleza serosa o hidatídica, de evolución rápida y que estallan frecuentemente sin anuncio previo que los haga sospechar; caracteres todos, que como vemos, se amoldan perfectamente con el cuadro sintomático de nuestra enferma.

He aquí las razones que tubo el doctor Cuñuegos para decidirse a hacer la punción exploradora y que, como hea hemos dicho, la presencia i caracteres del líquido extraído confirmaron en diagnóstico.

Tratamiento del quiste retro-ocular.

Noviembre 21. - Extracción de $2\frac{1}{2}$ gramos de líquido, la enferma se siente muy aliviada.

Novieb. 28. - Extracción de 6 gramos de líquido y escarificación de la conjuntiva, salida de unos pocos gramos de sangre (3 a 5); el globo ocular tiende cada vez mas a ocupar su sitio habitual, la enferma percibe los objetos en el ojo afectado, y aunque muy aumentados de volumen.

Dicbr 1.º Extracción de 2 gramos de líquido amarillento; la vision se va haciendo mas y mas clara.

Dicbr 3 Extracción de dos gramos de líquido amarillento.

Dic. 5 Extracción de 2 gramos de líquido amarillento.

Dic. 7 Extracción de 2 gramos de líquido amarillento, ya no hay dolor.

Dic. 9 Extracción de 5 gramos de líquido amarillo purulento, líquido examinado bajo el microscopio.

Dic. 10 Escarificación de la conjuntiva.

Diec. 14. Escarificacion de la conjuntiva, de esta-
do general de la enferma es satisfactorio.

Diec. 23. Extraccion de 3 gramos de liquido purulento,
la paciente aprecia los objetos clara i distintamente.

Diec. 31 Extraccion de 12 gramos de liquido purulento,
el ojo apenas hace exoftalmia, la conjuntiva esti
siempre infiltrada; pero hay que tomar en con-
sideracion las escarificaciones y punciones que
en ella se han hecho con mas o menos frecuencia.

Enero 5. Extraccion de unas pocas gotas de liqui-
do amarillo purulento.

Ene 8. El ectropion del parpado inferior fue ope-
rado, se reseco un pedazo de conjuntiva y se ins-
tilo algunas gotas astringentes.

Desde el 10 hasta el 18 de Enero solo se aplico
gotas de la solucion de sulfato de Zinc; en este
tiempo los parpados cubrian perfectamente el
globo ocular, este ocupaba la orbita por completo,
la conjuntiva quedaba ligeramente injectada,
el dolor no existia y la vision era perfecta, en
una palabra, la enferma habia sanado y se
regreso a Huillota el 20 de Enero.

num 5.º num

Conclusiones

Llego al termino del camino que me he pro-
puesto recorrer y de todo lo expuesto anterior-
mente se deducen las siguientes conclusiones:

1.º Que todas estas clases de tumores que tienen
su asiento en la orbita se presentan con suma
rarezga, llegando algunos de ellos a hacer de exis-
tencia dudosa.

2.º Que el desarrollo del quiste retro-ocular ha
tenido un origen espontaneo.

3.º Que el tratamiento empleado ha dado la

curacion completa del caso.

4.º Fue las punciones ~~requeridas~~ seguidas de inyecciones detergentes y modificadoras del caso en su curacion habria sido muy logico emplearlas; pero no se usaron por el temor de que hubieran sobrepasado su objeto, determinando fenomenos irritativos intensos que podrian haber sido funestos.

5.º Fue la curacion de la enfermedad ha sido relativamente rapida.

6.º Fue en vista del buen resultado obtenido, fue de emplearse exactamente el mismo tratamiento en casos analogos.

No terminare sin declarar que he podido llevar a termino este pequeño estudio contando con la benevolencia tanto del profesor D. Quiñegros como de su ayudante D. Cesar Martinez que me proporcionaron datos importantes sobre la enfermedad y me salvaron las dudas que sobre el particular se me presentaban.

Por otra parte, espero de la Honorable Comision examinadora, que no me exija mayor numero de observaciones teniendo en cuenta la escasez con que estas afecciones se presentan.

Enrique Sorensen

