

148 1897



Tratamiento de la Blefaritis ul
cerosa por la depilación de las
pestañas.

Tesis para optar el grado de Ba
chiller en la Facultad de Medi
cina
por
Maximiliano Saldivar

Lima, Agosto 18 de 1897

Señor Decano:
S.S. Catedráticos:

Antes de dar lectura al modesto y sencillo trabajo que en cumplimiento de una disposición del Reglamento General de Instrucción Pública, tengo el alto honor de presentaros solicitando el grado de Bachiller; voy á comensar, por implorar de vosotros, la indulgencia que siempre habeis dispensado, á los que como yo buscan afanosos las saludables fuentes del saber.

El objeto que me he propuesto, al presentaros esta tesis, es hacer ver, los satisfactorios resultados que se obtiene, tratando la blefaritis ulcerosa por la depilación de las pestañas, operación que si molesta para el paciente, es uno de los medios mas seguros, para la curación definitiva de la enfermedad que me ocupa y mas que mediante este tratamiento se llena una indicación esencial.

Blefaritis crónica.

Antes creo conveniente, indicar una clasificación de la blefaritis y en atención á lo práctica que es, como tambien á las facilidades que presta al diagnóstico, adoptaré con Galezowski: la blefaritis simple, furfuracea ó tambien escamosa y la blefaritis crónica ó blefaroadenitis, llamada tambien blefaritis ulcerosa, que es la que

me ocupa en el presente trabajo.

Ademas como para aplicar debidamente este tratamiento, es menester, tener conocimiento de la naturaleza de la blefaroadenitis, estudiar su sintomatologia, saberla distinguir &c.; me parece util, hacer algunas reminiscencias sobre: su etiologia, anatomia patologica, Sintomatologia, diagnosticos y pronosticos; para en seguida ocuparme de su tratamiento, cual es mi primordial objeto.

Etiologia.

La blefaritis ciliar reconoce para originarse, tanto causas generales, como tambien causas locales.

Entre las generales tenemos, aquellas que obran predisponiendo a la contraccion del mal, de estas podemos citar las siguientes: la debilidad, el linfatisimo, la escrofulosis, la mala alimentacion, la anemia, la tuberculosis &c.; condiciones todas que preparan lo mas favorablemente el terreno a la blefaritis y mas aun si a estas se juntan las causas mas constantes a su ~~determinacion~~ ^{determinacion}, como son: la atmosfera, cargada de vapores irritantes o de polvo, el humo, el fuego, las vigi-
lias, las habitaciones mal aereadas y humedas, que obrando por accion directa, provocan la inflamacion de la conjuntiva, asi como la de los bordes ciliares

La blefaritis es mas frecuente, en la infancia y en la juventud; la observacion ha mostrado con la mayor evidencia, que muchas veces se cura con el crecimiento, debido sin duda al fortalecimiento del organismo de que

viene acompañado el desarrollo. También es hereditaria, pues se ven familias, en las que todos sus miembros se encuentran afectados de este mal y que a su vez lo transmiten a sus descendientes.

Como causas locales citaremos: el catarro conjuntival crónico, las enfermedades del saco lagrimal, la atresia de los puntos lagrimales, la hipersecreción de las glándulas lagrimales. Estas causas acabada de mencionar, ^{originan} también la blefaritis; porque interrumpiéndose el curso natural de las lágrimas por obstrucción de sus vías de excreción o ya por la hipersecreción lagrimal, hace que cambiada de curso y derramándose por las aberturas palpebrales, provoquen por su incesante contacto la inflamación de los bordes libres de los párpados.

Tenemos además otras tantas causas como: la parálisis facial, el tracoma, la retracción ya sea accidental o congénita, como otros tantos factores de esta enfermedad.

El lagrimeo en muchas reacciones es debido a una lesión de uno de los sacos lagrimales y como este es a su vez una causa local de blefaritis, se ve claramente, que en semejante circunstancia la blefaritis afectará únicamente, al ojo que es asiento de la enfermedad del saco lagrimal. En atención a esto se debe tener como regla, que en una blefaritis unilateral, es preciso examinar las vías lagrimales del ojo enfermo y cuando es bilateral considerar esta, como que es de

causa general.

Anatomía Patológica y consecuencias.

Las primeras lesiones que se encuentran en los bordes libres de los párpados, son: numerosos trayectos fistulosos situados al rededor de las pestañas; esto se explica fácilmente, puesto que la blefaritis ulcerosa se inicia por la supuración de las glándulas sebáceas o glándulas de Meiss, que circundan los canales de las pestañas; mas tarde, la reunión de estos trayectos fistulosos, forman las úlceras en cuipula, al centro de las cuales las pestañas se encuentran vacilantes y por esto mismo rotan constantemente las paredes de las úlceras, provocando así una permanente inflamación e impidiendo por consiguiente su cicatrización. Como acabo de decir, las mencionadas úlceras son mantenidas por el roce de las pestañas, que en este caso obran a la manera de verdaderos cuerpos extraños.

Se encuentran además ~~en~~ los bordes libres palpebrales cicatrices, restos de anteriores ulceraciones, cuya constante supuración ^{destrucción} produjo de algunos bulbos pilosos y la consecutiva caída de las pestañas que se encontraban implantadas en superficie ulcerada; dejando en su lugar las cicatrices a las que hago referencia.

Como consecuencias a las cicatrices que restan la conjuntiva palpebral, a la laxitud de

tejido conjuntivo que la une al cartilago tarso, como tambien a la pérdida de flexibilidad de la piel de los párpados, estos sufren un cambio de dirección bajo la forma de ectropion. Este se produce de la siguiente manera: la conjuntiva palpebral sufre una retracción hacia adelante, retracción originada por las cicatrices del ángulo anterior del borde libre de los párpados, el que aparece como festoneado por la conjuntiva más o menos hiperhemiada; el ángulo posterior agudo en el estado normal, se redondea y luego desaparece. Los bordes libres palpebrales sufren pues un cambio de forma, de manera que al cerrarse, no se adaptan más entre sí; de la misma manera perdida la agudeza del ángulo posterior de los bordes ciliares, los párpados tampoco se aplican sobre el globo del ojo en toda su extensión, al contrario quedan separados por un surco, constituyendo lo que se llama la eversion del borde palpebral; por consiguiente los puntos lagrimales son tambien arrastrados hacia adelante, perturbándose así su papel fisiológico, cual es, el de transportar las lágrimas al saco lagrimal. De esta manera las lágrimas quedan estancadas, sin poder seguir su curso normal y se derraman por encima de los bordes libres de los

parpados inferiores bañando constantemente a éstos, como también la cara anterior o eutanea de los parpados. Sea permanente humedad ocasionada por las lágrimas, provoca la inflamación de la piel palpebral, consiguientemente la pérdida de su flexibilidad y por fin, el retrojion.²³

La destrucción casi completa de las pestañas o madarosis es otra de las consecuencias de la blefaritis ulcerosa, en estas circunstancias los bordes libres de los parpados solo contienen algunas pestañas aisladas, finas y degeneradas.

Segun Corvill y Peanvier hay alteración de las mismas pestañas y que ademas las vainas de estas, se encuentran cubiertas de células epiteliales, de materia sebacea y tambien de pus.²⁴

He aqui lo que al respecto dice Galezowski:
 “Las investigaciones hechas en mi clinica por el Dto. Peenny, han demostrado que la sustancia propia de las pestañas, sufre una degeneración y se vuelve granulosa, opaca y voluminosa, su coloración es negra pigmentada y su consistencia blanda y como imbibida de líquido.²⁵

Por la congestión permanente y tenaz, tumefacción inflamatoria de que son asiento

los bordes libres de los párpados, estos llegan a ser hipertrofiados. En tales circunstancias los párpados generalmente los superiores al nivel de su borde ciliar se ponen densos, pesados y redondeados, constituyendo la afección conocida bajo la denominación de tilosis.

En fin la triquiasis ya sea parcial o total, es otra de las consecuencias más frecuentes y más de testables de la blefaritis crónica, los bulbos pilosos sufren un cambio de dirección bajo la influencia de los abscesos foliculares y de la retracción de las cicatrices de los bordes libres palpebrales; desviación que por consiguiente lleva también a su vez la de las pestañas, que se dirigen hacia el bulbo ocular e hiriendo constantemente la cornea, producen en esta ulceraciones.

Todas estas complicaciones, no solo son un motivo de mortificación para el paciente; sino que más tarde son la causa de lesiones graves del globo ocular como: la inflamación crónica de la conjuntiva, bulbar o ya queratitis ulcerosas, cuyas últimas consecuencias pueden ser hasta la pérdida más o menos completa de la visión.

Síntomas.

La inflamación ulcerosa de los bordes libres de los párpados afecta un carácter particular, esto es debido

sin duda á lo complicado de su estructura; en realidad el borde palpebral no es sino una parte de la piel de los párpados, de la que se diferencia, como digo, por particularidades anatómicas que son: las pestañas con sus folículos pilosos, sus glándulas sebáceas, sus glándulas sudoríparas, su tan rica vascularización, sus numerosos vasos linfáticos &c.

La blefaritis crónica se complica pues, con la degeneración de todos los tejidos que constituyen el borde libre de los párpados

Lo que primero llama la atención, cuando se encuentra al frente de un enfermo afecto de blefaro adesivitis, es: una ligera edematización que se extiende ya á todo el borde ciliar ó bien se limita solo á parte de este; la piel y conjuntiva palpebrales circundantes se encuentran hiperemiadas y cubiertas de exudados; los ángulos comisurales en muchas ocasiones se encuentran excoxiados.

Las pestañas cambiadas de dirección se entrecruzan ó ya se reúnen á manera de formar pinceles; á mas de esto debido á la degeneración que sufren, se vuelven quebradizas, lo que hace, que caigan en algunos puntos dejando sitios del borde palpebral privados de pestañas, mientras que en otros salen en haces por un solo orificio. Quanto mas tiempo trascurra de la enfermedad, esta hace mayores estragos, las pestañas van disminuyendo en todos los puntos en los que la supuración ha destruido

con los bulbos pilosos, dejando si creatices en el sitio en el que se encontraban. Las pestañas que remplazan a las antiguas, no alcanzan el mismo grado de desarrollo; sino que se aniquilan, se decoloran y esto llega a tal punto, que solo se encuentran algunos raros pelos raquíticos; así como también en algunas ocasiones los párpados se encuentran completamente privados de pestañas.

Adherida a la epidermis del borde palpebral y aglutinando las pestañas especialmente en su base, se encuentra una costra fina y amarillenta, la que no es otra cosa sino, una mezcla de la secreción de las glándulas sebáceas y de las de Meibomio, que desecada y reunida con las escamas epidérmicas desprendidas de los bordes ciliares, forman esa masa aglutinante de color amarillo. Una vez despegados los bordes palpebrales de las mencionadas costras, ya sea por el lavado o por cualquier otro medio, dejan ver elevaciones ~~en su centro~~, en cuyo centro se encuentran una o más pestañas, estas elevaciones no son sino pequeños abscesos, que han tomado origen en los folículos pilosos o en sus glándulas sebáceas y los que al abrirse, serán otras tantas fistulas. Poco a poco la irritación se acrecienta, las costras aumentan a su vez en espesor produciendo una ulceración más extensa, que se encuentra bañada de pus y que sangra al más pequeño contacto.

Durante el sueño las secreciones glandulares se acumulan en los párpados y pestañas

a' lo que se debe, que los párpados amaresean pegados. Al despertar en la mañana el enfermo, no puede abrir los ojos, sino quitando la sustancia aglutinante con la que se desprenden algunas pestañas.

En las raíces de las pestañas se encuentran ulceraciones superficiales, en cuyo caso ocupan una arecha superficial de dermis o ya pequeñas y profundas úlceras en cúpula, al centro de las que se encuentran implantadas una o varias pestañas, que en este caso obran a' semejanza de cuerpos extraños y por lo tanto, son una constante causa de inflamación y de persistencia de estas úlceras.

En este periodo de la enfermedad las pestañas se encuentran, sobre párpado desprovisto de epidermis. Los trayectos fistulosos que se han formado al rededor de las pestañas enfermas, han contribuido por su reunión, a' la formación de las úlceras en cúpula, de las que a' cavo de hacer referencia.

A esto pueden añadirse, las tantas complicaciones que produce la blefaritis, de las que no haré, sino citar las siguientes: el ectropión y el lagofthalmia devidos a' la retracción que hacia adelante sufren los párpados inferiores; la atresia de los puntos lagrimales, su ulceración, su desviación; la obliteración parcial o total de las glándulas de Meibomio, que es el origen de los quistes y de los absesos de las mencionadas glándulas; la inflamación crónica de la conjuntiva

palpebral, que en estos casos se encuentra vivamente inyectada, carnosas y roja; á mas de estas citaremos complicaciones tan serias como son las del globo ocular.

Tambien diremos algo sobre los signos funcionales, estos en muchas ocasiones pasan casi desapercibidos por el enfermo, el que no consulta al médico, sino á causa de la deformidad que resulta por el enrojecimiento de sus párpados y no por otra razón. Si embargo en la mayoria de los casos estos síntomas son tan acentuados, que el enfermo los refiere á una lesión del globo ocular. El paciente tiene sensaciones de comezón, de ardor, de arevillas que las tuviera entre los párpados; tiene epífora y horror por la luz ó fotoforia. Todos estos síntomas parecen, que no deben ser sino reflejos, que tienen su origen en los nervios tróficos del dermis.

Diagnóstico.

Lo primero que se debe hacer, al encontrarse al frente de una blefaritis, es averiguar, si es de origen general ó de origen local. En conformidad á lo que se ha dicho, al tratarse de la etiología, la blefaritis bilateral es casi siempre producida por una causa general, mientras que la blefaritis unilateral reconoce una causa local.

Es muy difícil, que la blefaritis ciliar se pueda confundir con otra afección de los párpados.

Para hacer un diagnóstico preciso de blefaritis, es necesario ante todo, limpiar los bordes libres de los párpados, quitando escrupulosamente todas las costras que los cubren; cuando sacadas estas, la piel se encuentra en su perfecto estado, se puede concluir que no es una blefaritis; pero si una conjuntivitis, que ha producido una secreción que depositada en las raíces de las pestañas, se ha desecado dejando estas costras.

Ahora cuando la piel del borde libre de los párpados se encuentra, aun cuando fuese ligeramente hiperemiada, en este caso nos encontramos al frente de una blefaritis escamosa; pero si después de la limpieza que se ha hecho en los bordes ciliares, se encuentran estos con ulceraciones, tendremos que concluir por una blefaroadenitis.

Además la blefaritis ulcerosa tiene otro carácter más importante de distinción con la blefaritis escamosa y es por su asiento más profundo y por el carácter supurativo de la inflamación. Debe pues ser considerada como la forma más grave: en efecto, no solo son más acentuados los síntomas inflamatorios, sino sus consecuencias, en especial la destrucción permanente de los párpados.

Se la puede confundir también con una afección parasitaria de las pestañas, cual es la invasión del pediculus pubis, que se aloja entre las pestañas y cuyos

innumerables huevos fuertemente adheridos a estas, provo-
la inflamación de los bordes palpebrales. Sea viva como
con que ocasiona sobre todo en la noche, la ausencia
de ulceración e hinchazón del borde libre y por último
la presencia del *phthirus pubis* y de sus huevos no solo
entre las pestañas, sino también entre las cejas, son
síntomas, que la diferencian con la mayor clari-
dad de la blefaroadenitis.

Al tratar de diagnósticos diferenciales
de la blefaritis, algunos autores han opinado, colocarla
en el cuadro de las afecciones dermatológicas, fundán-
dose, en que los bordes palpebrales no son sino parte de
la piel de los párpados con ciertas diferencias de estruc-
tura y entre estas opiniones vigamos la siguiente de
C. Fuchs:

“Como el borde palpebral no es mas que una
parte modificada de la piel, es necesario examinar
las cosas desde el punto de vista dermatológico, es decir,
compararlas con las análogas de la piel. Considerán-
dolas de este modo, la blefaritis escamosa debe juzgarse
como una seborrea. La forma caracterizada por las
películas purpúreas corresponderia a la escamosa
o seca de la piel que se observa muy frecuentemente
en el cuero cabelludo y que se considera como una
exageración de la descamación epidérmica. La for-
ma de blefaritis escamosa caracterizada por la formación

de costras amarillas y grasas, sería idéntica a la seborrea grasosa, que también se observa en el cuero cabelludo, particularmente en los niños, por lo que se le conoce con el nombre de tiña. En fin, la blefaritis ulcerosa no sería otra cosa que un eczema, que por la presencia de las pestañas, va acompañado de supuraciones de los folículos pilosos, como sucede, donde la piel está cubierta de pelos. Si se estuviese autorizado para colocar las blefaritis en el cuadro general de las afecciones de la piel, habría derecho para abandonar por completo las antiguas denominaciones y divisiones de la blefaritis y remplazarlas por las designaciones dermatológicas. Desgraciadamente no hemos llegado a esto todavía. Tampoco los autores han podido aun ponerse de acuerdo, por ejemplo, sobre la naturaleza de la blefaritis ulcerosa.

Pronóstico.

Al ocuparme del pronóstico de la blefaroadenitis diré: que los resultados de esta afección dependen, del grado de alteración al que han llegado los diferentes tejidos, que constituyen los bordes libres de los párpados; así como también de las complicaciones que tras sí ha acarreado esta enfermedad.

Cuando la blefaritis ulcerosa está en su principio, el pronóstico es de lo más benigno y más si la intervención es inmediata y racional; pero si las

lesiones son más profundas o bien si después han venido sus tantas y tan variadas complicaciones, el pronóstico varía, en razón de que estas son muchas veces irremediables, a causa de los destrozos que ocasionan en los tejidos palpebrales.

El pronóstico aun es más desconsolador, en los casos en que viene como complicación una triquiasis, lesión que lleva las alteraciones hasta el globo del ojo; en efecto, las pestañas invertidas hacia la cornea ocasionan queratitis ulcerosas, las que si llegan a curar, dejan leucomas adherentes, ya sea totales o parciales, los que interceptando más o menos completamente el paso de los rayos luminosos al través de la cornea, producen como último resultado la ceguera.

Tratamiento.

Para el tratamiento de la blefaroadenitis no solo es menester, fijarse en la indicación causal; sino que es necesario sobre todo, tener en cuenta las alteraciones locales, que es lo primordial, para poder alcanzar un feliz resultado.

Algunas observaciones que he tenido ocasión de hacer en la clínica oftalmológica sobre el tratamiento de la blefaritis crónica por la depilación de las pestañas y por los tan felices y seguros resultados obtenidos, veo en él como el más eficaz y racional tratamiento, entre los tantos que se conocen para la curación de esta enfermedad.

En efecto; por este medio se llena una indicación esencial, que es, la de evitar que las pestañas implantadas sobre úlcera, obren sobre estas, como cuerpos extraños y que por consiguiente la permanente irritación sostenida en las ulceraciones, haga que su cicatrización, sea imposible. Además las pestañas retienen las legañas que aglutinadas en su base, impiden que los medicamentos tópicos empleados, se pongan en contacto, con las úlceras que se trata de curar.

La depilación de las pestañas no destruye los bulbos pilosos, como desde luego se puede creer, pues al contrario se conservan en toda su integridad; ni tampoco impide que las pestañas vuelvan a brotar; pero sí activa la cicatrización de las úlceras y más tarde se ve, que las nuevas pestañas que nacen, se encuentran implantadas sobre superficie cicatrizada.

Quadri y Laurence se valían de la depilación de las pestañas con los más felices resultados; pero al usar este método de tratamiento en la blefaritis ulceroosa, lo empleaban con el objeto de hacer, que el borde ciliar ulcerado fuese fácilmente cauterizado. Bazin se valió también del arañamiento de las pestañas como método curativo de la blefaroadenitis; pero en la idea de que se trataba de una vegetación de naturaleza criptogámica. Por último Cramosli fué, quien en el año de 1860 introdujo la depilación general de las pestañas

como método curativo, para lo que hacia dos ó tres depilaciones sucesivas y completas.

Después de Cramosli la introducción de la depilación como el tratamiento de la blefaritis ciliar, crónica, ha sido seguido por algunos oftalmólogos, los que al tratar de este punto, muestran los ventajosos resultados, que con este medio se obtiene en la cura radical de esta afección.

Terminadas estas ligeras consideraciones que acabo de hacer, sobre las ventajas y sucesos que con la depilación de las pestañas se obtiene en el tratamiento de la blefaroadenitis, pasaré á ocuparme de su técnica operatoria.

Antisepeia.

Siendo la antisepeia la base de toda operación quirúrgica, es por ella necesariamente que se debe comenzar, por insignificante y sencilla que sea la operación que se va á practicar. No solamente se reducirá á asepsiar los párpados del enfermo; sino que se hará lo mismo con las manos del operador y con los aparatos de los que se va ha hacer uso.

pareciéndome inútil, entrar en los detalles de los medios empleados, para hacer la asepeia de las manos del operador y la de los instrumentos, por ser de todos conocidos, me

reduciré únicamente, a describir la manera, como se debe proceder a la aseptización de los párpados.

Para esto se toma un pedazo de algodón, se empapa en una solución microbicida y con este así mojado, se hace el mas esrupuloso lavado de los bordes libres de los párpados, tratando de desprender todas las costras que se encuentren en ellos adheridas o aglutinando las pestañas.

Entre los tantos antisépticos conocidos, los mas regularmente empleados en la oculística son: el bicloruro de mercurio en una solución al 1 por 1000 y el ácido bórico al 2%; el primero me parece deber preferirse en razón de su gran poder antiséptico, es decir, que es de acción mas segura y que por consiguiente llena debida y prontamente el fin que uno se propone.

Anestesia.

Una vez prolijamente limpiados y aseptizados los párpados, se procederá a anestesiarnos, operación muy necesaria; pues tiene por objeto, evitarle al enfermo dolores, que naturalmente le serian muy mortificantes.

Como no se trata sino de una tan ligera operación, basta con hacer la anestesia local y en mérito a esto se usa la cocaína, sustancia que tiene una acción anestesiante rápida y

energica, especialmente en las mucosas que gozan de un gran poder de absorcion. Siendo esta la razon por la que la eocaina presta tan importantes servicios en la cirujia oftalmologica.

Se usa generalmente el clorhidrato de eocaina en solucion al 5%, con la que se puede hacer instilaciones en la cara mucosa de los párpados o tambien imbibir en la solucion una planchuela de algodón aseptico y aplicarlo a los bordes ciliares, cinco minutos antes de proceder a quitar las pestañas, tiempo suficiente para que los párpados esten anestesiados.

Depilacion

Este acto de la operacion se practica con solo un sencillo instrumento, cual es: una pequena pinza de puntas gruesas y redondeadas, llamada pinza de depilacion, con la que se toma las pestañas para arrancarlas.

Para proceder a arrancar las pestañas, si el sujeto es adulto, basta sentarlo al frente del operador, pero si se trata de un niño, se valdra de un ayudante, que sentado sostenga al niño sobre sus rodillas, de tal manera que la cara de este esté vuelta hacia arriba y que la cabeza pueda ser sujetada entre las rodillas del cirujano oculista. Una vez en cualquiera de estas posiciones, se

investigará en los bordes libres de los párpados las úlceras eimpuliformes ya sea á ojo desnudo ó mejor armado de una lente y se procederá á quitar una por una, todas las pestañas que se encuentren sobre las mencionadas úlceras, esto se hará con la mayor delicadeza y tino, afin de no provocar dolor y evitar que sangre. Inmediatamente, despues de arrancadas las pestañas, se practicará la cauterización de las úlceras con un lápiz afilado de nitrato de plata muy ligado y se cuidará al mismo tiempo con mucho tiento, tocar el bulbo ocular. Esta cauterización tiene por objeto, provocar una irritación substitutiva, que lleve una rápida cicatrización de las úlceras.

La depilación de las pestañas hay que hacerla de tal manera, que se evite toda causa de irritación en los bordes libres de los párpados, por esto me parece, que no se debe hacer un arrancamiento general de las pestañas, lo que naturalmente provocaría una viva inflamación, que conviene de todo punto evitar y que solo debe limitarse, á quitar las pestañas que se encuentran sobre piel ulcerada. Esta operación se puede repetir en caso necesario, en tantas veces como venga; pero si, haciendo que entre una depilación y otra trascurren unoj cuatro ó cinco dias, de intermedio.

Este no es pues un medio accesorio del tratamiento de la blefaroadenitis, como han que

rido decir algunos autores; sino que es un medio de lo mas esencial, puesto que por él se llena una indicación racional, cual es: la de evitar que cuerpos extraños, como en este caso son las pestañas, impidan por su permanencia, la cicatrización de las úlceras sobre las que se encuentran. Por último, la prueba mas convincente que tiene en su apoyo, para ser considerado como uno de los mejores tratamientos, son los hechos; es decir, los brillantes resultados obtenidos por este medio.

Historias clínicas.

Como comprobación de mis investigaciones acompaño las siguientes historias clínicas recogidas en el consultorio de oftalmología del Hospital Italiano.

I.

El 2 de Abril de 1896 ingresó a la clínica oftalmológica Hermelinda Leon, de 8 años de edad, temperamento linfático, constitución debil, estudiante.

Como datos anamnésticos dice: que sus padres son sanos, no haber tenido sino ligeras indisposiciones y la blefaritis crónica de la que adolece, esta le acompaña 3 años.

Al examen de los párpados presenta: ligero edema de los bordes ciliares superiores de ambos lados, ulceraciones sangrantes, sobre las que se encuentran pocas pestañas.

22
nas degeneradas y quebradas aglutinadas de secreciones glandulares. Se queja de: comezón, sensación de arecillas, lagrimeo y ademas tiene fotofobia.

Diagnosticada la blefaritis se procedió a la depilación de las pestañas previa asepeo de los párpados, se continuó este tratamiento por cierto tiempo y despues de 6 depilaciones con dias de intervalo fue curada.

II.

Augusto Seminario, comerciante, de 22 años, temperamento sanguineo constitución regular, vino a curarse a la clinica oftalmológica el 10 de Obre de 1896.

No da antecedentes de familia. La blefaritis ulcerosa de la que se encuentra afectado, dice le principió ahora 2 años; que se sometió a una curación, con la que se creyó curado por algun tiempo; pero que poco despues se le inició nuevamente. Al presente una blefaroadenitis elási-cas es lo que tiene.

Se procedió como tratamiento al de la depilación; en este primer dia se quitó parte de las pestañas del párpado superior derecho, a los 4 dias se le quitaron las restantes pestañas del mismo párpado; asi se prosedió con las pestañas del párpado izquierdo, notándose que despues de la depilación, la cicatrización vino velozmente y la curación fue rápida.

III.

Juana Páfigo de 4 años de edad, temperamento linfático, constitución regular se presentó el 15 de Obre de 1896 a la clínica de ojos.

Antecedentes de familia ninguno; se encuentra enferma de los párpados, hace un año.

Fiene una blefaroadenitis bilateral, los bordes ciliares ulcerados en toda su extensión, unas pocas pestañas decoloridas existen aun &.

Le hice la depilación de uno de los bordes palpebrales, días después procedí a la misma operación en el otro párpado; el 17 de Nbre. ~~se~~ **quité** aun algunas pestañas, en razón de existir aun algunas úlceras y pocos días después, los párpados ofrecían el aspecto de una curación definitiva.

IV.

Adari Albares colgial, niño de 9 años, temperamento linfático, constitución debil, vino a la clínica oftalmológica con una blefaritis ulcerosa, de la que viene sufriendo, hacen dos meses. Antecedentes de familia: tuvo un hermano que adolecía del mismo mal. Comencé a tratarsele por la depilación el 10 de Nbre de 1896 y pocas semanas ~~después~~ se encontró curado.

V.

Josefina Mera, de 40 años de edad, profesión lavandera, temperamento nervioso, constitución regular, vino a la clínica oftalmológica a solicitar su curación.

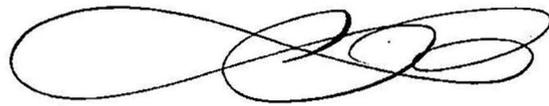
Antecedentes de familia no los da, atribuye su enfermedad, a las irritaciones que sufre. Tiene una blefaritis crónica bilateral. Se le sometió al tratamiento de la depilación y quedó curada después de cinco depilaciones.

VI.

Feodoro Valderama de 10 años, colegial, constitución débil, temperamento linfático; diatésis escrofulosa ingresó el 19 de Noviembre de 1896 enfermo de blefaritis crónica unilateral. Antecedentes de familia ninguno. Dice sufrió de esta afección un año. Después de 4 depilaciones que se le hicieron con 4 o 5 días de intervalo, quedó curado.

Lima, Agosto 18 de 1897.

Maximiliano Saldivar



N.º 8.º

A. Velazco

Lima, a 23 de Agosto de 1897

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 308 del Reglamento General de Instrucción; nombrose para componer el Jurado que deberá examinar al graduando D.

Maximiliano Saldivar, a los
Catedráticos R.D. Josa, Obispo
Cay. Flores

~~Héctor~~

FACULTAD		IA
No. de la	11449.....	
No. de la cis		

UNMSM - FM - UBHCD



010000072649