

## Tumores del ojo y de la órbita \*

Por el Dr. RAUL ARTURO CHAVIRA.

Me ha parecido interesante presentar a ustedes las 13 observaciones siguientes recogidas en mi servicio de clínica oftalmológica, de tumores del ojo anexos y de órbita: porque en la primera se trata de una variedad histológica rara de glioma de la retina y en la última, más que un tumor, se trata de un aneurisma cirsoideo de situación y evolución clínica poco frecuentes.

Después de relatada cada historia clínica, hago de ella un breve comentario.

### Glioma de la retina.—Astroblastoma.

Sergio T. de 4 años de edad, originario de esta ciudad, ingresó al Hospital Juárez el día 15 de agosto de este año y ocupó la cama Núm. 6 de la sala Núm. 17.

**Antecedentes personales.**—Sus padres en apariencia sanos; él presenta signos de lúes; tiene dos hermanos que viven; en este matrimonio hubo dos niños nacidos muertos con estigmas heredo-sifilíticos.

**Antecedentes patológicos.**—Sergio T. tuvo sarampión cuando tenía un año de edad; varicela a los dos, infecciones intestinales a los dos años y medio y una enterocolitis de forma hemorrágica a los cuatro años.

**Padecimiento actual.**—La madre nos refiere que 15 días después de nacido, notó en el ojo izquierdo una mancha blanca que cubría toda la parte inferior de la córnea, sin haber presentado ninguna alteración funcional: no había lagrimeo, fotofobia, ni tampoco había secreción.. Cuatro meses más tarde notó que la opacificación cubría todo el ojo sin presentar ningún otro signo importante. No consultó a ningún médico sino hasta el 10 de agosto de 1936, en que lo vimos por primera vez; nos refiere que de dos meses a la fecha notó que el ojo le crecía considerable-

\* Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 10. de junio de 1938.

mente, con lagrimeo, enrojecimiento del mismo, dolores intensos en la región ocular, extendidos a toda la cabeza, insomnio y secreción.

La exploración oftalmológica nos reveló lo siguiente: un niño de complexión delgada, pálido, cuyo ojo derecho es sano y el izquierdo presentaba lo siguiente: conjuntivitis sub-aguda, secreción moco-purulenta y una tumoración en el ojo izquierdo del tamaño de un huevo de gallina, ovoide, y con vasos muy gruesos al nivel de la conjuntiva bulbar; no se distinguía la córnea, que estaba transformada en una membrana blanca de color gris sucio y opaca; detrás de ella no se descubrió ninguna formación anatómica normal. Tensión ocular muy aumentada. La protrusión hacia adelante de esta formación tumoral desarrollada adentro del ojo, no permitía la oclusión palpebral; ocupaba toda la cavidad de la órbita desarrollándose hacia adelante. Los movimientos de este ojo eran normales, con la limitación impresa por el tumor.

Los ganglios sub-maxilares medianamente crecidos, lo mismo que el preauricular y los de la cadena carotidiana izquierda.

Con el diagnóstico de un tumor maligno endo-ocular, se opera el 15 de agosto; después de una cantotomía externa, se practica fácilmente, bajo anestesia clorofórmica, la enucleación del tumor, seccionando un centímetro atrás el nervio óptico. Excepto la cadena ganglionar carotidiana ya señalada, los diversos sistemas y aparatos de la economía son normales.

Se manda el tumor al laboratorio para practicar un examen histopatológico. Fijación en formol al 10 por ciento durante más de 24 horas; se trata de una tumoración de 8 centímetros de longitud por 5 de anchura, del tamaño de un huevo de gallina, cuyo corte en el sentido de su mayor longitud revela lo siguiente: El ojo está transformado en una masa sólida limitada por la esclera, que se transformó en un tejido blando de color amarillo sucio, y el interior estaba lleno de masas de color amarillo claro, alternando con zonas de color gris.

El Dr. Villaseñor, quien hizo este examen, tomó para su estudio un fragmento de las porciones amarillas repartidas más abundantes dentro del ojo. La textura anatómica del interior del ojo estaba substituída precisamente por estas formaciones especiales. Se emplearon las técnicas que enumero: cortes histológicos hechos con microtomo de congelación, de un espesor de 20 micras.

Coloración con hematoxilina Carazzi durante 10 minutos; lavado de la preparación; coloración a la eosina al 1 por ciento durante 3 minutos; decoloración en alcohol; unas gotas de creosota y montaje; con esta técnica las células del tumor se tiñen en azul, el núcleo en morado, y el tejido conjuntivo en rosa; las células presentan fases de carioquinesis. Coloración a la fuchina acética de Gallego durante un minuto; virofijación en solución de formol al uno por ciento más dos gotas de ácido acético; lavado de la preparación; la coloración del fondo se hace con picro-índigo carmín en solución al uno por ciento; lavado y montaje al alcohol y a la creosota. Con esta técnica vi las células teñidas en violeta y el tejido conjuntivo en verde. Otras preparaciones fueron teñidas con la técnica de Rio Hortega, al carbonato de plata amoniacal piridiano en caliente, hasta tomar el color obscuro.—En unas preparaciones se redujo el carbonato de plata con formalina al 10 por ciento y se hizo fijación en hiposulfito de sodio al 5 por ciento. En otras se fijó con hiposulfito al 5 por ciento únicamente, sin hacer reducción, y en una tercera preparación se hizo un viraje al cloruro de oro al 1 por 500 y fijación final con hiposulfito. El diagnóstico del laboratorio fué de un astroblastoma orbitario, desarrollado a expensas del tejido de la retina.

**Comentarios:** Bailey y Cushing distinguen las siguientes variedades de tumores desarrollados a expensas del tejido nervioso:

Neuro-epiteliomas.

Neuro-blastomas.

Ganglio-neuromas.

Médulo-epiteliomas.

Espongio-blastomas.

Astro-citomas.

Oligo-dendro-gliomas, y

Tumores de estirpe epifisiaria y corioidea.

En la evolución morfológica de las células derivadas del epitelio neural que forma el parenquima del centro nervioso, se presentan las tres series siguientes: astrocítica, glioepitelial y neurocítica.

En la primera serie se forman los sistemas de asociación glicular (angioglionas) con:

A 1 Glioblasto primitivo.

A 2 Glioblasto secundario.

A 3 Astroblasto.

A - Joven astrocito.

Astrocito protoplásmico.

Astrocito fibroso.

En los glioblastos isomorfos existen elementos diferenciados, con caracteres blásticos y a veces neoplásticos con aspecto de astroblastomas astroblásticos.

En los oligodendrocitomas, también las células más diferenciadas adquieren tal parecido con los astroblastos, que la distinción entre ellos no es posible. De manera que las variedades histológicas conducen insensiblemente a la de astroblastoma. Son tumores con mezcla de elementos, aunque son frecuentes las formas con absoluto dominio de células en fase de astroblasto joven.

En este tumor, las células son pequeñas, con finos apéndices fibrilares, que engendran una estructura laxa, en la que se asocian pequeños astrocitos y oligodendrocitos. Cerca de los vasos, los astroblastos se irradian en forma de corona; en este tumor se disponía más bien en grupos irregulares que se destacaban bien por la mayor coloración de los elementos maduros con la plata.

La interpretación morfológica de este tipo fué difícil y se apoyó en el número de los apéndices, en la forma de las células alargadas con núcleo redondo u oval situado en el extremo del soma.

Esta variedad de tumor fué descrita primero por Baile y Cushing, quienes crearon dicho nombre; admitidos después y actualmente, en la clasificación de Schaffer, Boyd, Globes, Penfield, Roussi y Oberling, no los incluyen entre las formas gliomatosas, estimándolos formados de astrocitos simples más o menos degenerados.

Río Hortega en su magnífico estudio sobre tumores del sistema nervioso publicado en el libro "Congreso Internacional de la Lucha Científica y Social Contra el Cáncer", editado en Madrid el año de 1933, sí admite esta forma tumoral.

Como la extirpación hecha a Sergio T. fué radical y completa, no se ha presentado a la fecha ninguna recidiva, ya que fué sorprendido en el segundo período de fase glaucomatosa, con distensión del globo y verdadera exoftalmía sin perforación ocular; glioma de la retina.

### Retino-Blastoma

El 25 de abril de 1938, fué presentada a mi consulta la niña María de los Angeles M. del C., por una afección del ojo izquierdo, enviada por el señor doctor de la Mora.

Se trata de una niña de seis meses de edad, fuerte, vigorosa, de un aspecto general magnífico, en quien notaron sus padres al nacer algo extraño en el ojo izquierdo, notándose días más tarde un aumento del tamaño del ojo y una propulsión del mismo hacia adelante. El ojo derecho está sano; en el izquierdo se nota una ligera hiperemia conjuntival, exoftalmía moderada, con aumento de tamaño del globo ocular; la córnea es más grande que la del ojo sano, la cámara anterior pequeña, la pupila dilatada y el cristalino normal. Examinado el ojo frente a una ventana, se nota un reflejo blanquizco a través del iris dilatado que hace pensar en el ojo amaurótico y el alumbrado lateral precisa una neoformación del mismo color en el vítreo. Por iluminación directa se precisa en el interior del ojo una formación blanca filamentosa que llena todo el polo posterior del ojo y presenta relativa movilidad; no se descubre una sola parte de retina; la tensión ocular está aumentada y no hay repercusión ganglionar.

La niña no ha tenido ninguna enfermedad; sus padres son aparentemente sanos: él ha tenido cuatro o cinco ataques de escleritis en el ojo izquierdo que han evolucionado en el curso de seis años; tiene ocho hijos, de los cuales uno murió de bronconeumonía en 1928.

Teniendo en cuenta la edad de la enferma, la fase glaucomatosa que la tumoración ha impreso al ojo, el reflejo amaurótico, se llega al diagnóstico de retino-blastoma.

El diagnóstico con los pseudo-gliomas se hace porque en el retino-blastoma el reflejo de ojo de gato amaurótico, se debe a una masa grande que prolifera y avanza hacia el cristalino, a medida que llena el vítreo, por la pupila grande, cámara anterior pequeña y tensión elevada. En los pseudo-gliomas la pupila es estrecha e irregular, el ojo es hipotónico y la cámara anterior profunda. Entre estos pseudos-gliomas se agrupan algunas hialitis supuradas, las coroiditis metastáticas, las organizaciones fibrosas del vítreo, las afecciones tuberculosas y el despegamiento de la retina. En casos difíciles de diagnóstico la idea directriz es la siguiente:

en el retino-blastoma, el ojo es glaucomatoso o tiende al glaucoma; en el caso del pseudo-glioma, el ojo es hipotónico o tiende a la tisis. Sólo hay dos excepciones: los cisticercos y los sarcomas de la coroides; en este último caso Brière insiste en la utilidad que representa para el diagnóstico diferencial la existencia de un doble plano de vasos, retinianos y del tumor, en el sarcoma. Aunque en el niño este diagnóstico es de los más difíciles, no tiene gran importancia ya que en los dos casos se impone la misma operación.

Practico la enucleación del ojo izquierdo el día 5 de mayo de 1938, con anestesia general y hago la sección del nervio óptico lo más atrás que es posible. El Dr. Perrín informa lo siguiente: Estudio histopatológico. La tumoración ocupa parcialmente la cámara posterior, en conexión con la papila, se observa una neoformación blanco grisácea, blanda, fácilmente disgregable, sembrada de granulaciones blanquizas consistentes. El estudio microscópico de dicha neoformación reveló la estructura de una variedad gliomatosa: retino-blastoma de Mawas, con focos de degeneración autolítica e infiltración calcárea.

**Comentarios:** Llamado glioma, gliosarcoma, retino-citoma Mawas, neuro-epitelioma, es un tumor maligno que se desarrolla en la retina, crece en el vítreo (tumor endofito) o entre la retina y la coroides (tumor exofito). Se encuentra con frecuencia en el niño antes de los tres años de la vida; alguna vez como en el caso presente se observa en el momento del nacimiento; Meghi relata el caso de una niña enferma a los 3 años. El nombre de glioma se debe a Virchow, quien en 1864 describió al lado de los gliomas del cerebro los retinianos; admitió que en la retina pueden desarrollar dos clases de neoplasmas: los sarcomas y los gliomas, Wardrop dió en 1809 la primera descripción clínica llamándolo "fungus hematodes culi"; Hirschberg demostró en la clínica de De Graefe que el fungus medular y el glioma retiniano eran tumores idénticos. Es necesario citar los nombres de los siguientes investigadores: Knapp, de Manfredi, de Iwanoff; los de Gama Pinto, de Ziegler que se han ocupado de la misma cuestión. Finalmente, los estudios en el último período, de Richard Greeffe, establecen la frecuencia relativa del glioma verdadero, neoplasma del tejido nervioso y del sarcoma retiniano. Verhoeff lo llama retino-blastoma, denominación la más correcta, aceptada actualmente, porque el término blastos constituye el nombre de las células formadoras

de todos los órganos del organismo durante la vida embrionaria; recuerdan una condición embrionaria y la proliferación de un neuro-blastoma. Los hechos histológicos característicos, precisados por el maestro Uribe Troncoso, son los siguientes: 1o.—La presencia en los cortes de las llamadas rosetas de Flexner, que consisten en células epitelio-cilíndricas colocadas alrededor de un espacio central. Se supone que estas células representan los conos y bastones embrionarios. 2o.—Las células redondas que son las más características. Se sitúan en capas y círculos alrededor de los vasos, multiplicándose rápidamente empujan a los elementos nuevos, y éstos, privados de nutrición, se necrosan, disponiéndose en estructura tubular, perivascular, característica. Las formaciones necrosadas se calcifican, describiendo Uribe Troncoso casos en que todo el ojo atrofiado se necrosó.

La propagación del retino-blastoma se hace en forma de masas amarillas y grises y a lo largo del óptico; no son frecuentes, dicen los clásicos, las metástasis cuando el tumor es intraocular; el síntoma primordial es el de ojo de gato amaurotíco que hace que se pierda la visión por una fuerte hipermetropía, dando la idea del brillo del ojo de gato en la obscuridad. El Dr. Pfeiffer, del Instituto Oftalmológico de la Universidad de Columbia, citado por Uribe Troncoso, ha examinado con rayos X una serie de casos de retino-blastomas y un 80 por ciento muestra los depósitos de sales de calcio bajo la forma de manchas granulosas. Es un signo patognomónico. En el siguiente estadio el crecimiento de la tumoración en el vítreo produce la sinequia periférica y su consecuencia: el glaucoma crónico congestivo. En su generalización hace metástasis al ganglio preauricular, el cerebro a través de la hendedura esfenoidal, y a los huesos de la cara y cráneo. El pronóstico es aún más grave cuando el tumor sale del ojo. Lagrange cree que la malignidad es menor cuando el tumor es endofito; sin embargo, en la observación siguiente, no obstante la enucleación no se detuvo la marcha de la afección; en su conjunto, para Lagrange, el glioma no es tan grave como lo afirman los clásicos.

### Retino-Blastoma.

Juan H., de 5 años de edad, ingresó al Hospital Juárez, sala 17, cama 8, el 15 de diciembre de 1937. Sin antecedentes hereditarios y personales de importancia. Refiere su mamá que después de un traumatismo en la región del ojo derecho comenzó a notar un aumento de tamaño del globo ocular.

Al examen se encuentra: reflejo de ojo de gato amaurótico, masas blanco amarillentas en el vítreo, pupila dilatada, tensión muy elevada.

Con diagnóstico de retino-blastoma, se hace enucleación del ojo derecho, cortando un centímetro del nervio óptico. El Dr. Villaseñor, del laboratorio del Hospital Juárez, confirma el diagnóstico.

Desgraciadamente, en este caso el tumor se reprodujo; dos meses después llenaba toda la cavidad orbitaria, saliendo de la misma y con propagación al cerebro a través de la hendidura esfenoidal y del canal óptico; se presentaron fenómenos de hipertensión intercranial con su cortejo habitual de síntomas, dolor de cabeza, vómitos, etc. La punción fué roja. La madre solicitó su alta del Hospital el día 2 de enero. Supe que había muerto en Toluca días después.

### Sarcoma de la órbita

María Ch., de 38 años de edad, casada, originaria de Morelia, se presentó a la consulta del Hospital Juárez el 14 de junio de 1934, trasladada de la Penitenciaría del D. F.; ocupó la cama núm. 20 de la sala núm. 8.

Sus antecedentes hereditarios son sin importancia; entre los personales no patológicos se encontró alcoholismo ligero; no ha tenido hijos.

**Antecedentes personales patológicos.**—Entre los 5 y los 15 años padeció la mayor parte de las enfermedades infecciosas propias de la infancia, recordando con precisión únicamente dos: varicela y sarampión.

El padecimiento que nos ocupa data de seis a siete meses a la fecha; el primer síntoma que notó, fué ligera exoftalmía del ojo

izquierdo, que daba la impresión de tener ese ojo más grande que el congénere, y la hendidura parpebral correspondiente más abierta; este estado, que se presentó sin ninguna causa aparente, se acentuó de una manera progresiva y a las siete u ocho semanas se dió cuenta de que, al tratar de ver algo que no estuviera frente a ella, le parecía doble; a las dos o tres semanas de la aparición de esta diplopía, ésta se hizo permanente, pues ya en ninguna posición de la cabeza lograba mirar una sola imagen.

Hasta entonces habían transcurrido cinco meses aproximadamente desde el principio del padecimiento. A los dolores orbitarios ligeros se sumaron dolores del globo propiamente dicho, intensos, que acompañaron la aparición de lo que la enferma llama una mancha blanca sobre la córnea; además del enrojecimiento del resto del ojo, había lagrimeo y molestias a la luz, síntomas que fueron seguidos de pérdida parcial de la visión de ese ojo. Estos fenómenos agudos desaparecieron en 20 días, con remisión del dolor, disminución del lagrimeo; en los días que siguieron, la enferma perdió rápidamente la visión de ese ojo; en este estado se presentó a la consulta de la Clínica Oftalmológica; el padecimiento no fué apirético.

Por la inspección, se nota implantada sobre la órbita izquierda una masa ovoide de polo menor dirigido hacia adelante, como de cuatro a cinco centímetros contados desde el plano correspondiente a la base de la órbita; este ovoide está cubierto hacia arriba y hacia abajo por los párpados grandemente distendidos y recorridos por una malla de vasos violáceos muy desarrollados; hacia el vértice, se encuentra la parte anterior del globo ocular, deformado, y que los párpados no alcanzan a cubrir; la conjuntiva con vascularización notable y cubierta en partes por secreciones costrosas, que retiradas permiten ver la córnea, que presenta un leucoma adherente, y en su parte externa numerosos vasos conjuntivales que pasan hacia la membrana; la parte superior, aunque algo opaca, permite apreciar la cámara anterior, de muy poca profundidad; el iris está de color de hoja seca, con pupila inmóvil; los medios transparentes no se iluminan; no hay percepción luminosa; el globo ocular está con parálisis total. La palpación da cuenta de un ojo duro, confundido sobre una masa implantada a presión sobre la órbita, de la que se diferencia el borde óseo; la masa es en parte dura y en parte renitente; el dolor provocado no es intenso.

No se encontraron ganglios pre-auriculares y submaxilares ni carotídeos.

La exploración del resto del organismo no demostró nada de interés.

Diagnóstico: Sarcoma de la órbita.

Pruebas pre-operatorias: Sulfotaleina, tiempo de coagulación, tensión arterial, análisis de la orina normales. Se practicó a la enferma exenteración de la órbita según la técnica de Velter, dejando taponamiento que se retiró a las 24 horas. 35 días después se le dió de alta con la cavidad orbitaria totalmente revestida por la piel de los párpados.

Comentarios: Tumor de órbita evolucionando, cuyo primer síntoma fué la exoftalmía progresiva, con diplopía, dolores por compresión y desarrollo de un glaucoma secundario, con rechazo del ojo a la deriva por la masa tumoral. El examen histopatológico reveló un sarcoma con células fusiformes. Cuatro años después, la enferma presentó el mismo estado, sin recidiva tumoral.

### Epitelioma infiltrante del ojo

Juan O., de 23 años de edad, casado, ocupó la cama 26 de la Sala 11 en el Hospital Juárez. Ingresó el día 3 de febrero de 1938.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia; tiene dos hermanos que son sanos. Antecedentes no patológicos.—Campesino de 23 años de edad, tiene dos hijos, uno de tres y otro de cinco años de edad y son sanos también. Antecedentes patológicos.—Antes de diez años no recuerda qué enfermedades pudo haber tenido; a los 14 padeció de una infección en el pie izquierdo con supuración de los ganglios crurales del mismo lado; hace 2 años sufrió un traumatismo de la rodilla izquierda haciendo una artritis que 8 días después hubo necesidad de operar; salió pus en abundancia, tardó en sanar seis meses y no dejó impotencia funcional.

Padecimiento actual. Ingresó al hospital el día 3 de febrero y tiene 11 meses enfermo del ojo derecho; refiere que sufrió un ligero traumatismo en ese ojo con una vara de jarilla; disminuyó

la visión y aparecieron dolores muy intensos, con enrojecimiento del ojo y secreción moco-purulenta. Días después apareció una carnosidad en la parte interna de la conjuntiva bulbar; ese pequeño tumor creció gradualmente hasta el 25 de diciembre pasado en que se exteriorizó a través de la hendidura parpebral; la visión se perdió dos meses después del traumatismo.

Examen físico.—Presenta una tumoración sobre la córnea en forma de hongo de tamaño de una nuez, implanta en la porción nasal sobre el limbo esclerocorneal de coloración rojiza, mamelonada, de superficie irregular, sangrando al menor contacto, y sin repercusión ganglionar. Ojo izquierdo normal. Resto de la cabeza normal. Se hizo una biopsia del tumor y el Dr. Villaseñor contestó el 7 de febrero lo siguiente: Epitelioma infiltrante. Estromo-reacción débil. Mitosis numerosas y atípicas. Malignidad acentuada.

Después de preparación pre-operatoria modificando el tiempo de sangrado que estaba muy retardado, le practiqué el 25 de marzo, bajo anestesia general, la excentración de la órbita, vaciándola de su contenido y seccionando el pedículo del fondo orbitario con cuchillo eléctrico; corté el borde parpebral en toda su extensión. El resultado completo de la investigación histológica de dicha pieza fué epitelioma malpigiano mixto, baso y espino celular, vegetante, con abundantes mitosis.

A la fecha ya está casi terminada la cicatrización cutánea de todas las paredes orbitarias y sólo falta un medio centímetro en el fondo.

### Epitelioma espino-celular del limbo

En los primeros días de marzo de 1936 se presenta a la consulta oftalmológica del Hospital Juárez, Vicente H., de 40 años de edad, para ser tratado por un tumor en el ojo izquierdo. Sin antecedentes hereditarios ni patológicos de importancia.

Siete meses antes apareció la tumoración en el limbo esclero-corneal del ojo izquierdo, de crecimiento lento hasta alcanzar el tamaño de una lenteja; sin dolores ni molestias; la tumoración lisa, irregular en su superficie: y pediculada al limbo esclero-corneal.

El 14 de marzo, con anestesia local, se le extirpa el tumor. El diagnóstico del laboratorio es el de un epiteloma del limbo, variedad espino-celular.

A la fecha Vicente H., está sano. No se ha reproducido el tumor, desde hace 4 años.

Comentario.—Estos tumores fueron estudiados por Lagrange, Desmarres, Baumgarten, Parras y Sgrosso.— Dice Desmarres, que la disección de ojo practicada después de la enucleación, muestra que el neoplasma ocupa un tercio del espesor de la esclera, aumentando más a medida que se aleja de la unión esclero-corneana. A un milímetro de esta línea, las fibras de la córnea destruidas se reemplazan por tejido escleroso que penetra hasta la membrana de Dersemet. Generalmente se originan en el epitelio de la conjuntiva; son raros en la córnea, ya que ésta estaría destruida, reblandecida, infiltrada de elementos embrionarios. En una sola observación de Sgrosso, hubo una invasión verdadera de la córnea por células sarcomatosas, pero son verdaderamente casos excepcionales; es inexacto afirmar que estos tumores nacen en la córnea o en la esclera, o en la conjuntiva; el asiento de preferencia de estos tumores es el limbo precisamente; existe en la economía, dice Lagrange, un tejido comparable al esclerótico y es el de los tendones. En éstos no se desarrollan tumores; Schwartz no ha encontrado un ejemplo auténtico; estos sarcomas nacen en la serosa que rodea al tendón. Por otra parte, los tumores de la córnea son excepcionales: casos de Gazet, Stelwag, de Scott. Un hecho bajo el punto de vista clínico caracteriza a estos epitelomas: su benignidad, su evolución sin dolores, sin accidentes graves y su poca tendencia a generalizarse.

De manera que se puede concluir que estos tumores exteriores del ojo se originan en la conjuntiva, en el limbo conjuntival, se extienden sobre el globo ocular y se apoyan sobre la esclera y córnea; en ésta destruyen el epitelio y pueden, en ocasiones, destruir el parenquima corneano. No obstante que presentan desarrollo lento y son benignos desde el principio, su estructura es la de los tumores malignos.

### Epitelioma de la conjuntiva

Ventura C., de 54 años de edad, originario de esta ciudad. Antecedentes hereditarios: Los padres murieron de neumonía.— Antecedentes personales: Fuera de una afección bronco-pulmonar, no ha padecido ninguna otra enfermedad. Los personales no patológicos son sin importancia.

Examen el 16 de octubre de 1936. Ojo izquierdo. La conjuntiva bulbar está fuertemente hiperemiada; presenta dos tumores pequeños en el limbo esclero-corneal; uno a las nueve y otro a las tres; el volumen del primero es del tamaño de un chícharo, y el del segundo, del tamaño de un garbanzo; de evolución rápida; hace cuatro meses que notó la aparición de estos tumores. La base de implantación del primero es pediculada, la del segundo es senil de color rojizo; es una pequeña masa carnosa que se extiende sobre la superficie de la córnea; la superficie del tumor más grande es mamelonada, rojiza y existe infarto en el ganglio sub-maxilar izquierdo, sin adherencias en el supra-clavicular correspondiente.

Se hace la extirpación de estos tumores y termocauterización en el lugar de implantación.

Se envían fragmentos al laboratorio, donde el Dr. Villaseñor hace un estudio histopatológico usando la técnica de coloración de la hematoxilina-eosina; contesta el día 24 de octubre lo siguiente: "Se trata de un epitelioma espino-celular con globos córneos en el fragmento grande; el pequeño sólo presenta una hiperplasia epitelial".

Comentarios: Fueron citados estos tumores por Saint Ives, Desmanes y Mackensie; Valude piensa que es una afección benigna, que sólo prolifera en la conjuntiva; Lagrange los considera con tendencia a invadir todo el ojo; Panas y Kines hablan de su relativa benignidad y de la curación después de la ablación parcial.

En el caso estudiado nótase la evolución rápida y la invasión ganglionar precoz; el aspecto histológico queratoblástico hace pensar en una forma relativamente benigna, aunque es imposible establecer una línea de separación entre los tumores benignos y los malignos, porque se ha visto que cualquier causa accidental puede hacer esta transformación. Lagrange ha estudiado la penetra-

ción al interior del ojo, de prolongaciones del tumor a través del canal de Schlemm hacia la cámara anterior.

Este tumor se presenta con más frecuencia en las personas de edad, y hay que hacer notar el aspecto histológico del tumorcito del borde interno de la córnea, constituido por una hiperplasia epitelial que podía transformarse con el tiempo en epiteloma.

En las formas ligeras se ha aconsejado toques con sublimado o inyecciones sub-conjuntivales al 1 por 1000; cauterizaciones al termo, al azul de metileno. Chevalereau ha preconizado la electrolisis y los Rayos X. En el caso presente se hizo la extirpación y la cauterización al termo.

### **Epitelioma del limbo esclero-corneal.**

Guadalupe G., de 46 años, casada, originaria de Toluca. Antecedentes hereditarios sin importancia. Antecedentes personales patológicos. De pequeña tuvo viruelas, y tifo a los 26 años. Tiene seis hijos que gozan de buena salud.

Su padecimiento actual comenzó hace 10 meses; notó una pequeña saliente en el limbo esclero-corneal del ojo derecho, que le provocaba molestias irritativas en el ojo, comezones y dolor. El examen físico muestra una tumoración roja, mamelonada, de superficie irregular, colocada en el limbo esclero-corneal a las 9, de consistencia blanda. No hay repercusión ganglionar. Se hace diagnóstico de un epiteloma del limbo y el 20 de octubre de 1937 se envía al Dr. Peter para su tratamiento. Recibe ocho sesiones de radio-terapia profunda; desaparece completamente la tumoración y a la fecha no se ha reproducido.

Esta observación apoya la opinión reciente de M. Fage: los tumores epi-bulbares deben ser considerados como relativamente benignos.

### **Dermoide del limbo esclero-corneal.**

Juan V., de 11 años de edad, escolar, se presenta a la consulta por un tumor en el ojo derecho. Sin antecedentes patológicos de importancia, refiere la mamá que observó la tumoración desde el nacimiento.

Examen físico: Exactamente en el limbo esclero-corneal del lado derecho, a las 7, se observa una tumoración dura resistente,

del tamaño de dos lentejas, colocada parte en la córnea, parte en la esclera, a la cual se adhiere firmemente; de color blanquizco, la superficie del tumor está cubierta de pelo fino, de aspecto epidérmico; la conjuntiva sobre el tumor es roja y presenta algunos vasos gruesos; el segmento anterior y el fondo del ojo son normales.

El congénere igualmente normal. Con anestesia local se extirpa el tumor; es fácil la disección en la córnea, muy difícil y laboriosa en la esclera a donde está íntimamente adherido. Se cauteriza al terminar la operación con galvanocauterío. El Dr. Villaseñor informa el día 25 de febrero de este año, que se trata de un tumor del limbo esclero-corneal, formado por un tejido conjuntivo laminar, pobre en células, fibroma laminoso. La evolución post-operatoria fué normal y a la fecha no se ha reproducido.

Esta tumoración, no obstante los datos suministrados por el laboratorio de tratarse de un fibroma, debo colocarla precisamente en los tumores dermoides, por la forma, aspecto epidérmico, por la existencia de pelos muy finos, ya que posiblemente encontré el laboratorio formaciones hialinas laminares.

Los fibromas de esta región son una excepción: casos de Lilex, el de Adler y sobre todo el de Beuson: tumor opaco, en el vértice de la córnea, que se quita por disección y que bajo el punto de vista histológico sí resulta un fibroma.

De manera que bajo el punto de vista clínico puedo afirmar, no obstante los datos que suministró el laboratorio, que se trató de un tumor benigno de la conjuntiva, un dermoide.

### **Epitelioma del párpado superior.**

Vicente M., de 35 años de edad, ingresó al Hospital Juárez el día 15 de febrero de 1938, ocupando la cama 2 de la sala 21; es originario de Guanajuato y de oficio jardinero. Antecedentes patológicos: Sarampión y viruela. No patológicos: Tabaquismo y etilismo moderado.

Refiere que hace 9 meses notó una pequeña tumoración del tamaño de una lenteja en la parte interna del párpado superior derecho, indolora, que aumentó progresivamente de volumen, habiendo sido operado en septiembre del año próximo pasado; dos meses después apareció en el mismo lugar una tumoración dura mucho más grande que fué operada en Guanajuato, extirpándose sólo par-

te del tumor; siguió aumentando la tumoración de volumen, ulceró la piel provocando abundante hemorragia y presentando actualmente un escurrimiento sero-purulento abundante.

**Examen físico:** Individuo del sexo masculino, que representa la edad que dice tener; en su aspecto general no se encuentra nada digno de hacer mención, se presenta con un apósito que le cubre el ojo derecho y al descubrirlo se encuentra una tumoración sobre el párpado superior que ocupa los dos tercios internos; mide 3 centímetros de ancho por 2 de altura en la parte-media, con una exulceración que sangra fácilmente; no doloroso, de consistencia dura, adherido a la piel; hay secreción purulenta que está acumulada en la abertura interna de la parte parpebral; el ojo conserva sus funciones normales. Ojo congénere normal.

Tumor maligno del párpado superior, posiblemente epitelioma. El examen del laboratorio fué el siguiente: gérmenes Gram positivos, con caracteres de pseudo-diftéricos y de Morax-Axenfeld con abundantes piocitos; dice el Dr. Villaseñor que los caracteres histológicos son de un epitelioma.

Se pasa al Hospital General a este enfermo para su tratamiento radiumterápico.

### **Fibro-mixoma del párpado inferior.**

Juana B. Vda. de E., de 86 años de edad, con seis hijos sanos, comenzó a enfermarse del ojo derecho en noviembre de 1936, de una tumoración en el párpado inferior derecho que se le extirpó; estuvo bien durante seis meses, reproduciéndose dos meses después.

**Estado actual:** Presenta una tumoración ulcerada en el tercio interno del párpado inferior derecho, lobulada, sangrante, con vasos abundantes; produce un ectropión del mismo párpado y se extiende desde el canto interno destruyendo el orificio y el canalículo lagrimal, hacia afuera, en una extensión de tres centímetros llegando al borde orbitario; en el sentido transversal la destrucción es de dos centímetros. No hay repercusión focal ni general.

Se hace una biopsia y el informe del Dr. Martínez Báez es el siguiente: Fijación en el líquido de Bouin. Inclusión en parafina. Cortes por congelación. Coloración hematoxilina y eosina. Una parte del fragmento está constituida por tejido muscular estriado normal. La otra por un tejido neoformado conjuntivo, de elementos

jóvenes disociado por substancia mucoide. Diagnóstico: Fibro-mioma.

En esta enferma se aconsejó electro-coagulación, haciendo dos aplicaciones por semana. Se destruyó gran parte de la tumoración, habiendo tendencia a la reproducción. La enferma murió de una afección intercurrente.

### Lipoma de la glándula lagrimal.

Srita. María H., de 17 años de edad; examinada en los primeros días de enero de este año. Antecedentes personales y patológicos, sin importancia. Hace 8 meses comenzó con molestias en el ojo izquierdo que se diagnosticaron como debidas a una conjuntivitis crónica.

En el momento del examen llama la atención un aumento de tamaño del párpado superior izquierdo en su parte externa, que se encuentra levantado por una tumoración del tamaño de un frijol; invirtiendo el párpado superior se aprecia el tumor por transparencia a través de la conjuntiva hiperemiada, colocado en el ángulo externo y en la parte alta del fondo de saco en la porción parpebral de la glándula lagrimal. El resto del ojo es normal.

El 10 de enero de este año, con anestesia local, se extirpa el tumor y se envía al laboratorio; el resultado es el siguiente: lipoma de la glándula lagrimal accesoria del ojo izquierdo. Este examen fué hecho por el Dr. Villaseñor. En el momento actual la enferma está completamente bien.

Los tumores de la glándula lagrimal son muy raros. Aparte de los cilindromas que han sido perfectamente identificados por Berlín y a los que les convendría mejor el nombre de sarcoma endotelial, para recordar su origen, se catalogan en este grupo, según la imagen observada, el sarcoma alveolar, el nio-sarcoma y según el aspecto presentado por las células endoteliales, epitelioma polimorfo, epitelioma coloide, intra-acinoso, etc. El carcinoma verdadero de la glándula lagrimal es siempre de origen metastático. Esta observación de lipoma en la glándula de Rosenmüller es aún más rara, si se recuerda que Panas sólo encuentra 30 casos de tumores en dicha glándula, lo mismo que los autores actuales, Rogman y Lagrange. Morax cita recientemente casos de fibro-sarcomas, linfo-sarcomas y de lipomas simétricos que, acompañándose de tumefac-

ciones glandulares y esplénicas, constituyen el síndrome de Mikulicz.

### **Aneurisma cirsoideo del párpado superior.**

Dolores X., de 40 años de edad, costurera, casada, originaria de Zamora, Mich., ingresó al Hospital Juárez el 4 de marzo de 1936. Antecedentes hereditarios: sus padres murieron hace tiempo de neumonía; sus hermanos son sanos. Antecedentes personales: de niña tuvo sarampión y varicela. Ha sido de buena salud.

Estado actual. Nos refiere que hace 24 años sufrió una contusión en el ojo derecho, con edema del párpado superior y de la conjuntiva, y dolores en el globo ocular irradiados a la región frontal parietal. Tiempo después desaparecieron todas estas molestias que no se acompañaron de ningún trastorno visual. Un año más tarde sufrió otra contusión en la región frontal media; meses más tarde le apareció un tumor blando sobre el párpado superior derecho que creció lentamente, y hace 4 años con rapidez, alcanzando el tamaño de una mandarina pequeña. Dos años más tarde, en Morelia, trataron de enuclearle el tumor, pero no fué posible esta operación y sólo hicieron una incisión en la frente, porque sobrevino una hemorragia considerable por la extrema vascularización del tumor; suturaron la herida de la piel.

Exploración del ojo derecho.—Normal en sus funciones y en su estado anatómico; presenta la enferma un tumor que invade todo el párpado superior, de 3 centímetros en su diámetro vertical, de 6 en el transversal, que comienza en la raíz de la nariz, donde presenta la anchura de un centímetro, y se dirige hacia afuera ocupando todo el ángulo supero-interno de la órbita derecha y casi todo el dorso de la nariz, es mamelonado, lobuloso y produce tosis de todo el párpado, haciendo imposible la abertura de la hendidura palpebral. La piel que lo cubre es de un rojizo vinoso, lisa; es de consistencia blanda en la mayor parte de la extensión, cerca del borde ciliar es dura; toda la masa está animada de latidos y de movimientos de expansión cuando se comprime entre los dedos; no se reduce por la presión, es eréctil y no es doloroso; alrededor del tumor existen dilataciones venosas que laten bajo el dedo. No hay repercusión ganglionar. No presenta el fenómeno del tríl y no se oye ningún soplo a la auscultación. Se trata de un aneurisma cir-

soideo del párpado superior y raíz de la nariz provocado por el traumatismo; se diferencia del anterior venoso, precisamente por la falta de soplo y de tríl.

Se hizo la ligadura parcial de la carótida externa el 20 de abril de 1936 y la enferma no mejoró nada; tiempo después ligadura parcial de la carótida interna, a fines de junio de 1937, y tampoco se observó ninguna mejoría, por las anastomosis que tienen los vasos del tumor con los del lado opuesto; no obstante la supresión de la temporal superficial, el aneurisma continuó del mismo tamaño. Se aplicaron inyecciones en el aneurisma de 10 y 15 cc. de suero gelatinizado, con lo que se ha logrado obtener una reducción del tumor y disminución de las pulsaciones.

Comentarios: Se trata de una afección del párpado superior poco frecuente: Un aneurisma cirsoideo, consecutivo a un traumatismo; no constituye propiamente un tumor sino alteraciones del sistema vascular con dilataciones arteriales y venosas y multiplicación capilar. Localizado al párpado superior derecho y dorso de la nariz, con anastomosis a la red vascular del lado opuesto. De evolución lenta al principio, pues duró muchos años sin crecer, acelerando su evolución hace 4 años, sin provocar alteraciones en el globo ocular.

Las ligaduras parciales en las arterias del cuello no mejoraron el aneurisma, precisamente por las amplias relaciones que tiene con el sistema arterial del lado opuesto. Se practicará ulteriormente como tratamiento de elección, la electrolisis bipolar recomendada por Debedat, o la extirpación del tumor con bisturí eléctrico.

### **Algunas malformaciones correlativas de la cara \***

Por el Prof. ISAAC OCHOTERENA.

En esta pequeña contribución deseamos referirnos a las monstruosidades de la nariz y a las que concomitantemente se le asocian, que son las de los ojos y las de la boca. En la que corresponde a las malformaciones correlativas, sólo nos concretaremos a lo que sea preciso para la unidad doctrinaria y para intentar acercarnos al conocimiento de su etiología.

\* Trabajo de turno leído en la sesión del 8 de junio de 1938.