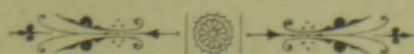


Facultad de Medicina de México.

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE LA OFTALMIA PURULENTA Y SU TRATAMIENTO.



TESIS

Que para el exámen general de Medicina,
Cirugía y Obstetricia,
Presenta al jurado calificador

EDUARDO URIBE,

**Alumno de la Escuela Nacional de Medicina,
ex-practicante del Hospital de San Andrés,
de la Penitenciaría del Distrito Federal
y practicante del Hospital Juárez.**



MEXICO.

IMPRENTA "LA IDEA DEL SIGLO,"
Calle de Cocheras letra C.

1905.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MI PADRE



A LA MEMORIA DE MI MADRE

La Señora Paula Guerrero de Uribe.

A MIS HERMANOS

A MIS MAESTROS

Los Sres. Doctores Demetrio Mejía
y Manuel Gutiérrez.

DEBIL MUESTRA DE RECONOCIMIENTO Y CARIÑO.

Al Sr. Dr. D. Aureliano Urrutia.

PROFESOR DE MEDICINA OPERATORIA.

GRATITUD Y RESPETO.



AL HONORABLE CUERPO DE PROFESORES

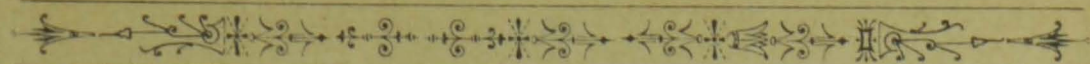
DE LA

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA.

SEÑORES JURADOS:

Al presentaros este pequeño trabajo, no abrigo la pretensión de que encontréis en él algo digno de vuestra atención; el cumplimiento ineludible de una disposición reglamentaria, que exige una prueba escrita al alumno que desea obtener el título de Médico, es lo que me obliga á hacerlo.

Numerosas serán las faltas que encontrareis en él; pues siendo un asunto que para tratarlo debidamente, se necesita á la vez que profundos conocimientos, una larga práctica y yo no poseo ni los unos ni la otra; sólo confío para que lo acepteis, en vuestra benevolencia, atendiendo el objeto que con él me propongo alcanzar.



La oftalmía purulenta tiene una gran importancia; puesto que más de la tercera parte de los ciegos se debe á esta enfermedad, así es necesario que se conozca su tratamiento aun por personas extrañas á la profesión; puesto que en la precocidad de la intervención está el éxito. Muchas personas que han perdido su vista, ha sido por haber dejado avanzar la enfermedad y en estado lamentable, cuando se han producido perforaciones en la córnea, ulceraciones, etc., es cuando ven al médico. Mi objeto al escribir este humilde y desaliñado trabajo, es el de vulgarizar el tratamiento de esta enfermedad, que instituido desde su principio siempre dá un excelente resultado.

ETIOLOGIA.

La causa de esta enfermedad, es el contagio y esto está perfectamente demostrado, se ve en los adultos que tienen blenorragia que por cualquier circunstancia se llevan á los ojos los dedos contaminados, se producen constantemente la enfermedad. "Cullerier cita el caso de un blenorragico que tenia un ojo de esmalte. en la noche se lo quitó y lo puso en un vaso que contenía agua en la cual se había lavado el pene. Poco tiempo después, fué atacado de una inflamación muy aguda del muñon, toda la membrana se puso á secretar un líquido amarillo-verdoso, dicho escurrimiento se acompañó de dolores muy intensos siguiendo bien pronto la secreción "de pus."

Este ejemplo demuestra claramente la naturaleza contagiosa de esta enfermedad y que el agente causal es el gonococo de Naiser; por haber sido encontrado en muchos casos en la secreción purulenta. El contagio unas veces es directo, como cuando el blenorragico lleva sus dedos infectados á los ojos; ó indirecto, como cuando se asea con agua contaminado ó con lienzos sucios.

La causa del contagio variará según las profesiones, el género de vida, el sexo, el medio social. Un enfermo podrá contraerla al sacudir el pene para desprender el pus, se infecta los

dedos; ulteriormente y de una manera inconsciente los lleva á los ojos. Los médicos, enfermeros y las madres de familia, son los que están más expuestos á contagiarse, al dar sus cuidados á gonorraicos. Los niños recién nacidos son contagiados al pasar por el conducto vulvo-vaginal infectado. Algunas veces se ha producido el contagio de una manera intencional, ya para satisfacer una venganza, ya por experimentación y aun por terapéutica. El primero que recurrió al pus blenorragico para curar el panus, fué Jæger: bien pronto fué seguido por un gran número de investigadores. Después de haber practicado centenares de inoculaciones, se llegó á esta conclusión: Que si después de haber dejado desecar el pus blenorragico se le humedece, es capaz de determinar la oftalmía, y conserva esta propiedad aun diluido en cincuenta veces su peso de agua; esto demuestra el hecho de adquirir la enfermedad, haciendo uso del agua que ha utilizado un blenorragico.

La oftalmía nunca es doble al principio; sino que comienza generalmente por el ojo derecho, y posteriormente se hace doble, el segundo ojo es contagiado por el primero; pero otros creen que el ataque del segundo ojo se hace por simpatía que existe entre las conjuntivas y esto se ha pensado porque cuando se infecta un ojo, por más cuidados que se tengan de aislamiento siempre se infecta el ojo vecino. Hay, sin embargo, personas que son refractarias á este género de contagio. Rossebroeck dice que ha tenido individuos atacados de panus, en los cuales les inoculaba tres veces por día, durante seis semanas, el pus de una blenorragia aguda y lo único que tuvieron fué una ligera irritación de la conjuntiva.

PATOGENIA.

Scarpa, relaciona la oftalmía purulenta, á la metástasis del proceso de la mucosa uretral á la conjuntiva. Esta teoría no podría admitirse más que en los casos en que el escurrimiento de la uretra, desapareciese al aparecer el ocular. Esto no sucede sino en muy raras excepciones; pues lo común es que ambos escurrimientos queden igualmente abundantes.

Otros han alegado cierta simpatía que existiría entre los tejidos de la uretra y la conjuntiva. Otros á una infección general de la cual la oftalmía, sería una manifestación; de la misma ma-

nera que la iritis es una manifestación de la sífilis. Estas opiniones no tienen mas que interés histórico; pues según mi modo de pensar, no se trata más que de una inoculación enteramente localizada y sin tener ninguna relación, la mucosa uretral con la conjuntiva; cuando existe supuración en ambas mucosas, es porque ha habido dos inoculaciones.

La conjuntivitis purulenta la definiré diciendo: que es una inflamación de la mucosa conjuntiva, fijada sobre todos los elementos especialmente sobre los linfáticos.

SINTOMAS.

El periodo de incubación dura de 4 á 10 horas, algunas veces más; en los casos que he tenido la oportunidad de ver, ha variado de 2 á 3 días. Pasado el periodo de incubación, comienza á iniciarse la enfermedad, por fenómenos de irritación. comezón, lagrimeo, rubicundez de la conjuntiva, ligero edema de los párpados, tumefacción de los ganglios preauriculares. La evolución es muy rápida, 24 horas después que se inició la enfermedad, la secreción es netamente purulenta.

El escurrimiento es semejante al de la uretra, y deja manchas en la ropa que en nada se distinguen de las del muco pus uretral. Al principio, la secreción es sero-purulenta ó más bien lacrimo-purulenta y de color amarillento. Más tarde la conjuntiva queda banada en un líquido amarillo verdoso, espeso y sumamente abundante; suele aun tener una cierta tensión que hace que al abrir los párpados, sea proyectado al exterior. La abundante secreción de pus, se explica por la rica red linfática de que está provista la conjuntiva, á través de la cual se efectúa en gran escala la diapedesis. Admira como en algunos minutos llega una gran cantidad de leucocitos, que una vez que han luchado con los microbios invasores, quedan convertidos en glóbulos purulentos. Los párpados se encuentran adheridos en casi toda la extensión de su borde libre, con excepción del ángulo interno, por el cual sale el pus, se adhiere á las pestañas, se deseca formando costras y se extiende el carrillo el cual es excoriado.

El edema comienza por el ángulo interno, donde el parpadeo lleva fatalmente al agente contagioso. La carúncula se edematiza, algunas veces aisladamente, dándole el aspecto de un tumorcito. Bien pronto los párpados se hinchan, se ponen rojos,

edematosos, remitentes. Las venas de la piel próximas á la región, están diltadas, notándose con toda claridad su trayecto.

El párpado superior se extiende y no tarda en ocupar toda la abertura de la órbita, cubriendo todo ó parte del inferior. La conjuntiva se edematiza, tanto más, cuanto que el tejido celular es más flojo. Poco marcado en los tarsos, es enorme algunas veces al nivel de los senos, formando un rodete, el cual sirviendo como punto de apoyo, hace bascular los cartílagos hacia afuera produciéndose un verdadero ectropión accidental. Si se abre la abertura palpebral, se nota una gran vascularización de la conjuntiva palpebral y ocular, una quemosis más ó menos considerable que sobrepasa de la cornea. La mucosa toma un color rojo obscuro, luciente y tensa. Algunas veces está cubierta como de un barniz grisceo. Si se trata de quitar este barniz, se comprueba que se encuentra en la misma mucosa.

Si el proceso avanza, la cornea pierde su transparencia, se vuelve opaca, el círculo quemótico que la rodea, la comprime, los vasos periqueráticos son reducidos de calibre, su nutrición disminuye, y como consecuencia, se reblandece, se ulcera, se rompe. En este momento, el enfermo experimenta una sensación de desgarradura. Algunas veces se produce una pequeña pérdida de substancia, que compromete la transparencia, y más tarde viene siendo la causa de una perforación. Otras veces la córnea se adelgaza por exfoliación sucesiva en un punto limitado, por el cual se hace en un corto plazo, la hernia de su lámina profunda, después del iris; en otros casos ha sido eliminada por completo, después de haber sido separada por un círculo de esfacelo. La cámara anterior se vacía, el cristalino se desprende y la supuración del tractus-uveal, puede producir la destrucción completa del globo ocular.

Los enfermos que tienen oftalmía purulenta sufren principalmente cuando sobrevienen las lesiones del iris y de la córnea, aun cuando sean pequeñas ulceraciones; pues en estas condiciones quedan los nervios á descubierto causando dolores intensos. Estos dolores son pungitivos, y se sienten en los párpados, en la superficie y en el interior del ojo; cuando se trata de explorar la córnea, dan de gritos aun los más fuertes. El orbicular de los párpados se contrae por acción refleja y este espasmo viene aumentando el sufrimiento local. Este dolor tiene sus irradiaciones á las sienes, frente, vértice y á toda la órbita.

La enfermedad sigue todo su curso sin que haya calentura y solo se ha notado reacción febril cuando son invadidas las membranas profundas del globo ocular.

La oftalmía de los recién nacidos se desarrolla más lentamente, las complicaciones corneanas son tardías y muy raras veces ocasiona quemosis.

TERMINACION.

De dos maneras puede terminar la oftalmía blenorragica: 1º Por perforación.—2º Por curación, que tiene lugar por resolución progresiva y reabsorción de los exudados, por eliminación de las capas infiltradas y secreción nueva de células epiteliales.

DIAGNOSTICO.

Se basa en lo siguiente: 1º Por el interrogatorio puede descubrirse la existencia de una inoculación: ya se trate de un niño, que la ha adquirido al pasar por el conducto vulvo-vaginal infectado; ó bien de un adulto portador de una blenorragia. 2º Por la rapidez de la evolución, el infarto preauricular, la existencia de pus en la conjuntiva: son datos importantes á favor de la enfermedad.

PRONOSTICO.

Es benigno cuando se interviene oportunamente y solo cuando la enfermedad ha avanzado, es cuando se observan perforaciones de la córnea y pérdida de la vista.

TRATAMIENTO.

Debe ser preventivo y curativo. Como tratamiento preventivo, deberá hacerse en las embarazadas próximas al trabajo de parto que presenten flujos, una desinfección cuidadosa del conducto vulvo-vaginal; para lo cual tendrán que hacerse diariamente mañana y tarde, una inyección vaginal tibias con dos litros de solución de bicloruro de mercurio al 1 por 10,000. En el momento que nace el niño y á la hora de hacerle el baño de aseo, deberá lavársele cuidadosamente con solución de bicloruro de mer-

curio al 1 por 5,000, la cara externa de los párpados y los ojos. El lavado de los ojos se hace de la manera siguiente: con el pulgar y el índice se separan los párpados y se deja caer en cada ojo algunas gotas del líquido antiséptico: con la pulpa del índice se hacen ligeras presiones en todos sentidos sobre los párpados cerrados, de manera de hacer penetrar el líquido en los fondos de saco conjuntivales.

Algunos autores en lugar de hacer este lavado, recomiendan después de haber aseado el exterior de los ojos, verter en su interior una gota de solución de nitrato de plata al 1 por 100.

En el adulto portador de una blenorragia, se le deberá recomendar mucho aseo, que cuando se haga sus inyecciones uretrales, se lave las manos inmediatamente después, y queme el algodón que le ha servido para el aposito; pues si no se hace así, el pus que se le adhiere, se deseca, se reduce á pequeñas partículas, flota en la atmósfera á favor de las corrientes de aire, y de esta manera se puede inocular á otras personas. Si hubiere tenido la desgracia de inocularse un ojo, deberá cuidar el otro para lo cual se le aislará con un poco de algodón y una venda.

Tratamiento curativo. Una vez desarrollada la enfermedad, hay que combatirla con energía, para esto hay dos procedimientos: en el primero se recomienda hacer en los ojos abundantes lavados con una solución tibia de permanganato de potasa al 1 por 4,000; puesta en un irrigador, abriendo previamente los párpados con un blefaróstato. Una vez terminado el lavado se invierte el párpado superior y se le dá un toque con una solución de nitrato de plata al 2 por 100, lo mismo se hace con el inferior y se neutraliza el exceso del cáustico con solución de cloruro de sodio; estos toques se darán cada 24 horas. Los lavados se harán mas ó menos frecuentemente según la abundancia del pus. Serán cada 10 minutos, cada 15, ó cada media hora según las circunstancias. El objeto de esto es arrastrar el pus á paso y medida que se forme y no dejarlo depositar, porque tiene una acción muy irritante y corrosiva: propaga la inflamación y produce la destrucción de la córnea. Siguiendo este método se llega á un buen resultado al cabo de unos quince ó veinte días. Debo decir que yo no lo he visto aplicar y he oído decir que el nitrato de plata causa irritación en la conjuntiva y manchas en la córnea.

Voy á describir el segundo procedimiento que no tiene estos inconvenientes y que lo he visto aplicar en la clínica del Doctor

Chacón: se hacen lavatorios con permanganato de potasa al 1 por 4,000 lo mismo que en el procedimiento anterior, y lo único que varía, es la sustancia con la cual se dan los toques, que en lugar de ser con nitrato de plata, se hacen con protargol; esta sustancia es enteramente inofensiva y no produce manchas en la córnea. Los toques se darán cada 24 horas con una solución de protargol al 50 por 100, en el fondo de saco conjuntival superior é inferior. Repitiendo estos toques cada 24 horas y recomendando á las madres que hagan los lavatorios cada 2 horas ó más frecuentemente si es posible, he tenido la fortuna de ver varios niños enteramente curados en menos de un mes.

Para preparar la solución de protargol, que debe ser muy concentrada para que sea eficaz, se hace de la manera siguiente: se ponen en 10 gramos de agua destilada, 5 gramos de protargol y hasta las 24 horas se puede hacer uso, porque en esa proporción el protargol se disuelve lentamente.

