



Biblioteca
de la
Facultad de Medicina
de la
Universidad Nacional Mayor de S. Marcos

Tesis Doctor

80

Eduardo Hinlay.

~~#1~~

13174

Gitis Fililica.



1859

Tesis para el doctorado en
Medicina.

Handwritten text at the top of the page, possibly a title or header.

Handwritten text in the upper middle section, appearing to be a list or series of entries.

Small handwritten text or note located below the upper middle section.

Small handwritten text or note located below the upper middle section.

Small handwritten text or note located below the upper middle section.

Large handwritten text at the bottom of the page, possibly a signature or concluding statement.

Facultad de Medicina de Lima

FACULTAD DE MEDICINA

BIBLIOTECA

No. de ingreso.....

No. de la clasificación.....

Tesis para el Doctorado en Medicina

presentada y sostenida el 22 de Abril de 1857

por

Eduardo Tinlay

De la Pritis Sifilitica.



Faint, illegible handwriting at the top of the page.

Faint, illegible handwriting in the middle section of the page.

Faint, illegible handwriting in the lower middle section of the page.

Faint, illegible handwriting at the bottom of the page.

Iritis Sifilitica

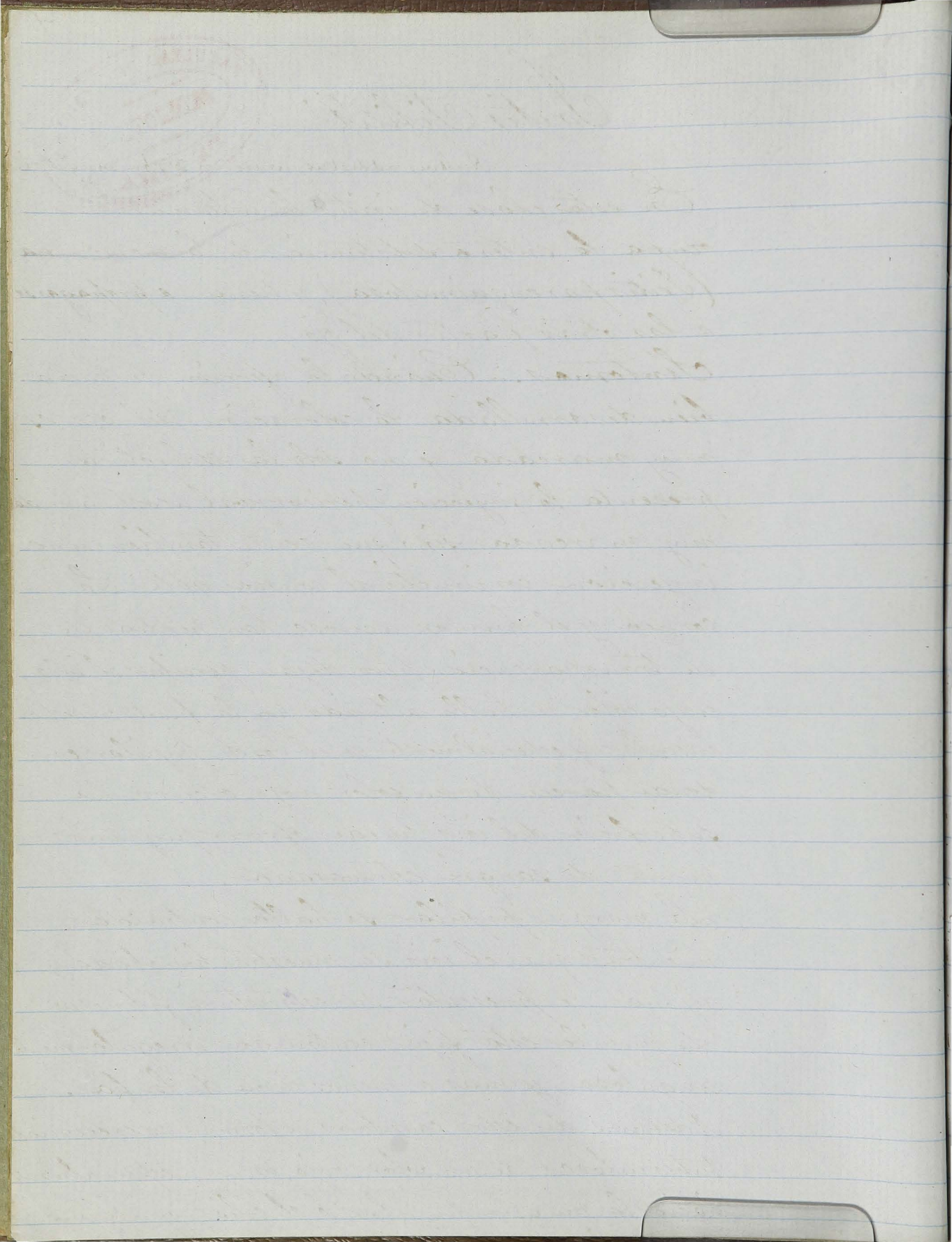
Nullius addictus jurare in seipso magistri.



En esta clase de iritis la inflamacion ocupa la entera substancia de la membrana (Iritis parenquimatosa), y tiende a propagarse a las otras partes del ojo.

Síntomas. - Cuando la afeccion se halla bien desarrollada, la coloracion del ojo es muy marcada y no solo la esclerótica presenta la inyeccion pericorneal acostumbrada muy marcada, sino que existe tambien una inyeccion conjuntival considerable. La córnea y el humor acuoso han perdido de su transparencia pero dejan percibir el iris cuyo color se halla alterado por la fuerte congestion vascular y especialmente en el borde pupilar en donde parece de un color rojo oscuro. La superficie del iris puede ofrecer pequeños puntos de sangre extravasada.

La margen pupilar se halla contraida mientras que el iris se muestra hinchado y dejando de presentar su estructura fibrosa. La pupila esta fija, contraida, irregularmente angulosa, y mas o menos llena de linfa. Ademas de estos cambios se forman excrecencias tuberculosas de un color rojo oscuro, especialmente hacia la margen pupilar o el cilio y algunas



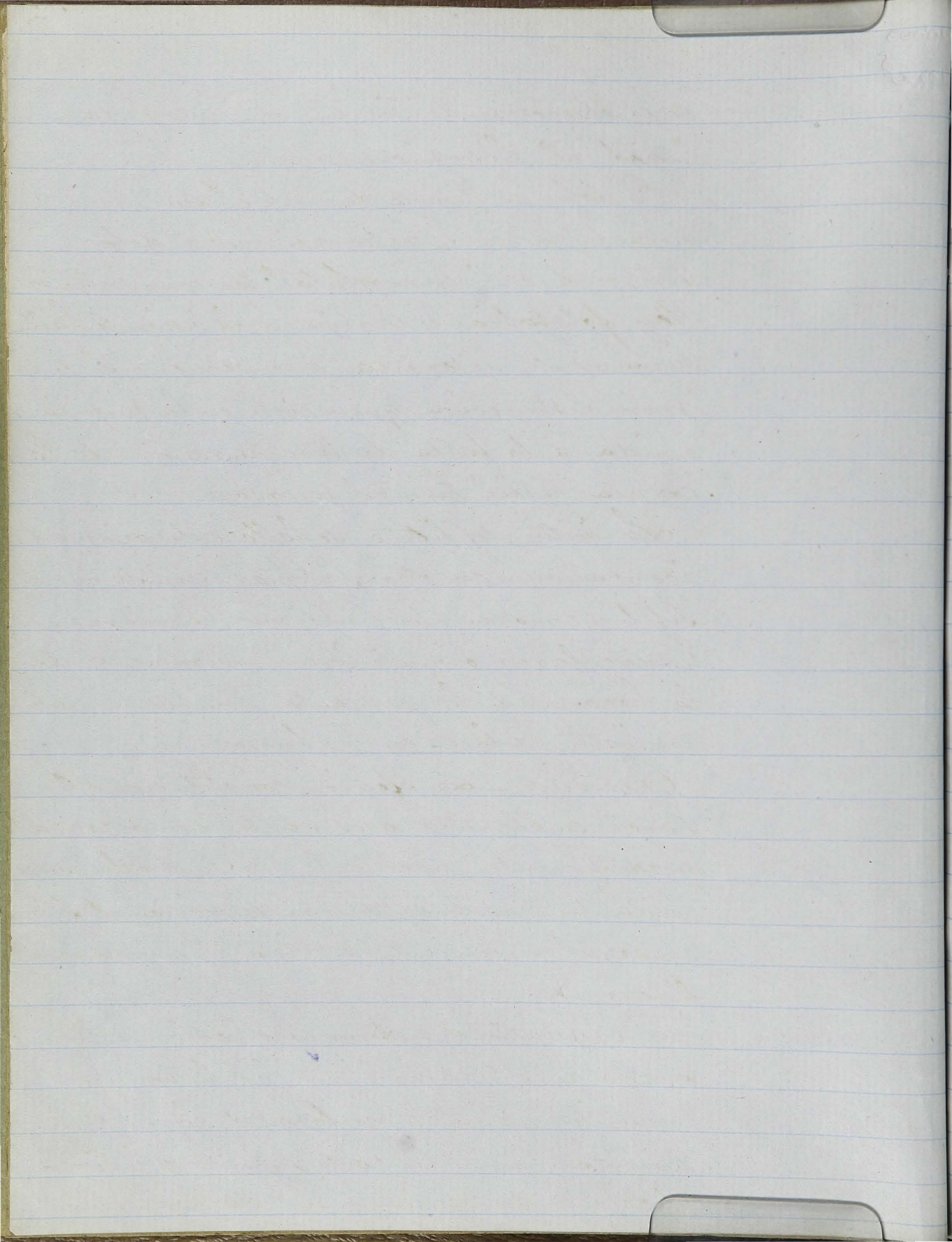
2
veces abresos amarillos que abriéndose dan lugar al hipopion.

El dolor se remite durante el día, pero durante la noche los paroxismos de dolor temporal ó circumorbital son muy intensos. Hay fotofobia y lagrimeo; la vision se halla sumamente alterada á consecuencia de la gran obstruccion que existe en la pupila, unida á la falta de transparencia de la córnea y del humor acuoso.

La iritis sifilitica se halla ordinariamente acompañada con otros síntomas secundarios de Sífilis, como son: las erupciones papulares, tuberculares ó pustulosas, ulceraciones de la boca ó de la garganta, hinchazones del periostio, dolores en los huesos &c.

Causas. — La afeccion constitucional parece, en algunos casos, existir como causa predisponente y excitante, pero en otros, la causa excitante consiste en alguna exposicion al frío, abuso del ejercicio de la vista, una violencia ligera &c.

Diagnóstico. — Aunque el color rojo oscuro de la margen pupilar, la forma irregularmente angulosa de la pupila, dirigida hacia la parte superior é interna del ojo, y la presencia de las excrecencias

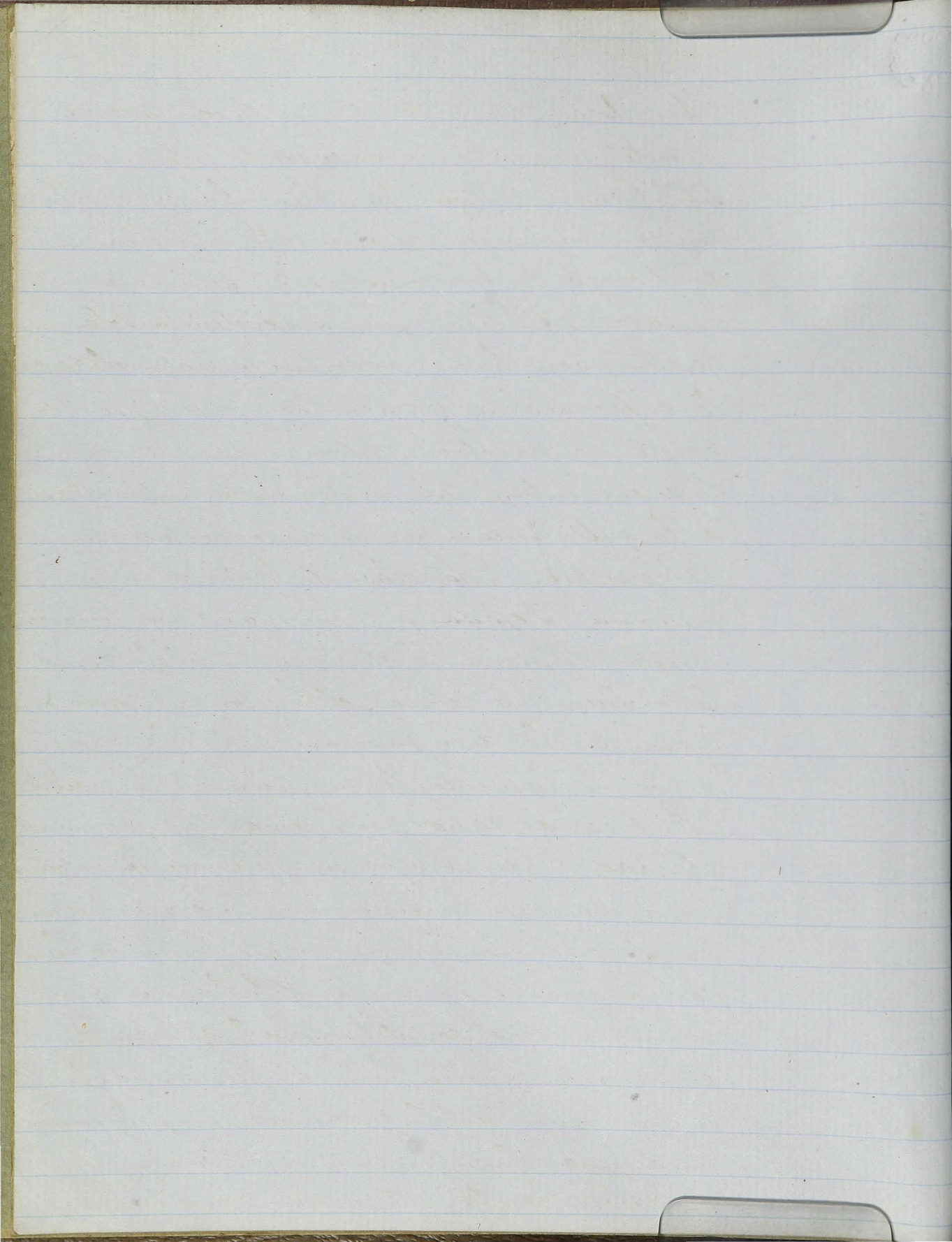


tuberculosas, son síntomas que pueden separadamente presentarse en casos de iritis no sifilítica, y aunque también algunos de ellos puedan faltar en casos de iritis sifilítica, sin embargo su presencia es tan frecuente en los casos sifilíticos que su existencia sola basta para hacer sospechar la naturaleza de la enfermedad y para hacer averiguar si existen ó no otros síntomas secundarios. Si se encuentran tales síntomas la naturaleza de la enfermedad ya no puede ser dudosa.

Prognóstico. - Esta clase de iritis es muy peligrosa. Dejada á sí misma, ó mal tratada puede estenderse á otras partes del ojo, como la corioidea, la retina, el humor vítreo &c, y causar la desorganización del ojo entero y por consiguiente la pérdida de la visión.

En personas sanas por lo demás, la enfermedad atacada á tiempo y por un tratamiento metódico puede curarse perfectamente. Pero sucede con frecuencia, especialmente cuando la salud general se halla debilitada por la enfermedad constitucional, que aun después de curada la iritis por mucho tiempo el ojo sigue débil, y causas muy ligeras pueden dar lugar á una recaída.

Tratamiento. - En esta, como en la Iritis



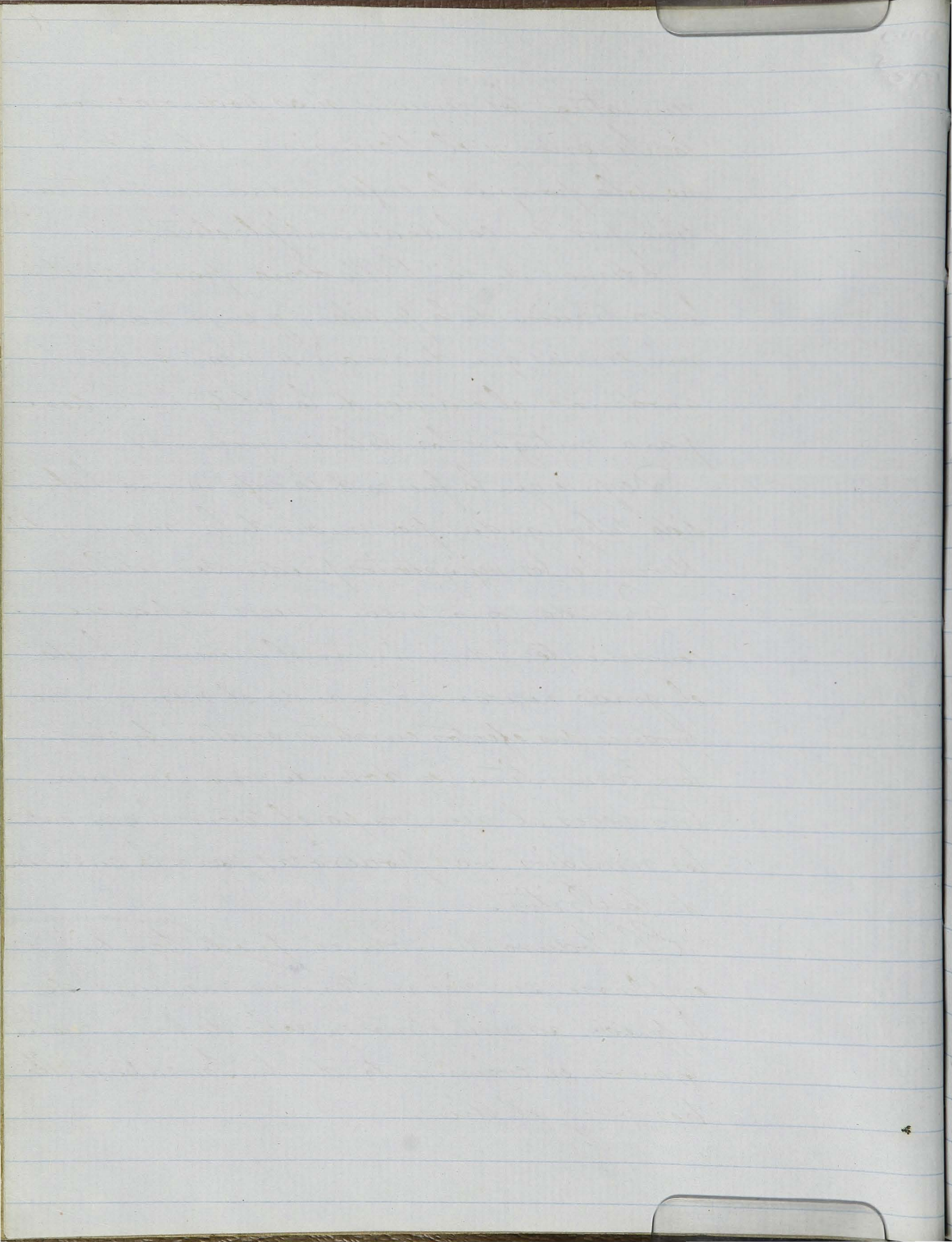
reumática, los remedios mas poderosos son: la Sangría y el Mercurio — este ultimo no solo porque la enfermedad sea sífilítica sino por sus calidades antiplásticas.

Ademas de la Belladona, para resistir la contraccion de la pupila (y cuya accion, para mi, es mas que dudosa), se usan fricciones anodinas alrededor de la órbita ó en los sienos para mitigar los dolores nocturnos.

Después que la fuerza de la enfermedad habrá sido subyugada, por medio de la sangría y del Mercurio, los vejigatorios pueden ser útiles.

Cuando, como sucede á veces, no parece conveniente administrar el mercurio hasta el grado necesario, ó cuando el mercurio no produce sus efectos curativos acostumbrados, la Trementina, en dosis de una dracma tres veces al día, ocupa el tercer lugar entre los remedios mas poderosos para la curacion de la Oritis.

El Yoduro de Potasio puede tambien emplearse, en circunstancias análogas. Se le puede administrar en dosis de tres ó cuatro granos, en cocimiento de de Sarsaparilla, tres veces al día.

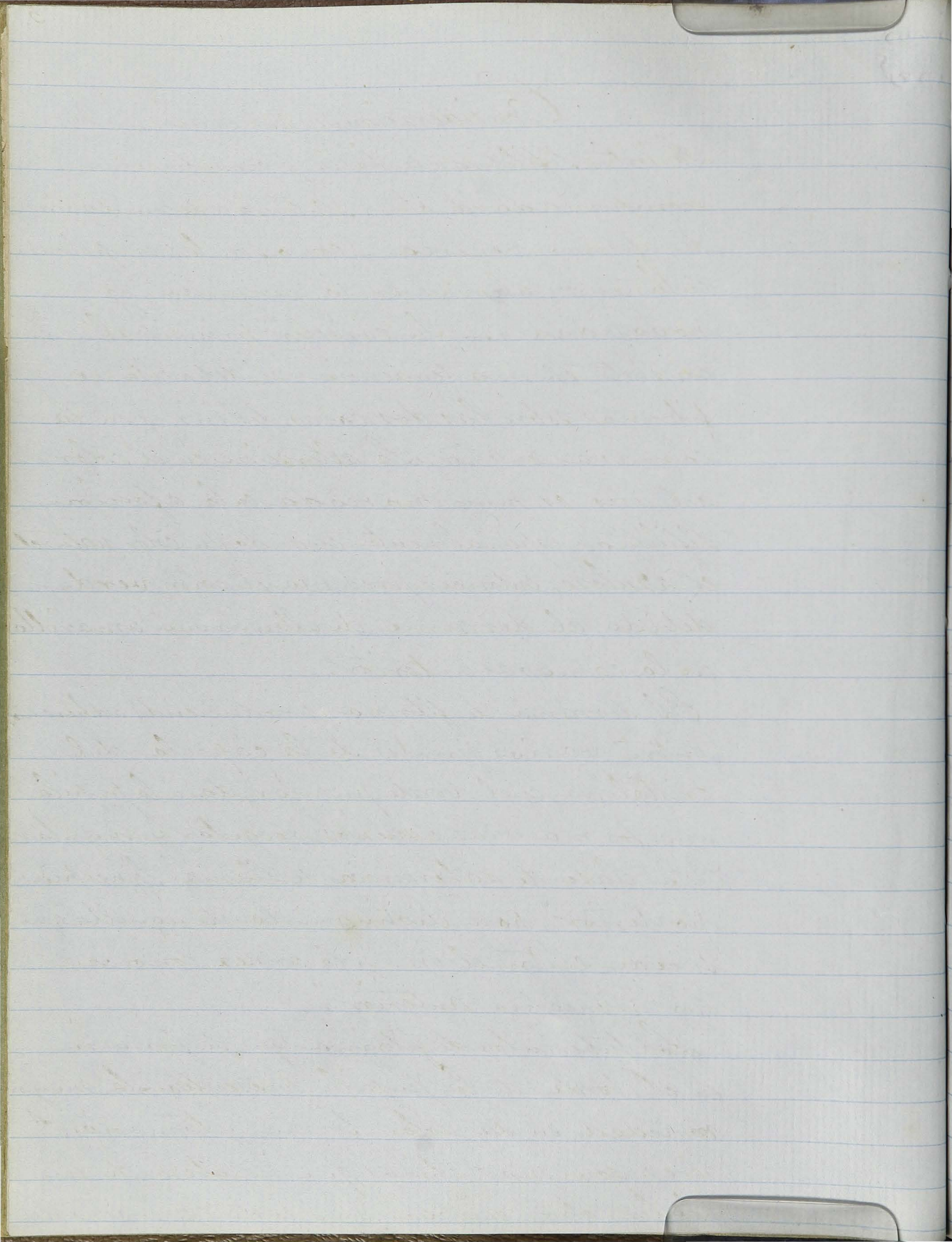


Consideraciones generales.

La *iritis sífilítica* se halla frecuentemente acompañada de otros síntomas secundarios de afección venérea — como son las erupciones cutáneas, úlceras en la garganta y nodosidades. — Su carácter principal consiste en una tendencia al depósito de fibrina sobre las dos caras del iris y en la cámara anterior. La alteración en el color del iris es muy marcada en la afección sífilítica, especialmente cuando su color natural es azulado; entonces presenta el color verde debido al derrame de albúmina amarilla en la cámara anterior.

El derrame de fibrina, produciendo adherencia entre varios puntos de la cápsula del cristalino y el borde pupilar, da a la pupila una forma mas o menos irregular y angular. Esta clase de adherencia se llama "*Synechia posterior*", para distinguirla de aquella que sucede entre el iris y la cornea, conocida por "*Synechia anterior*".

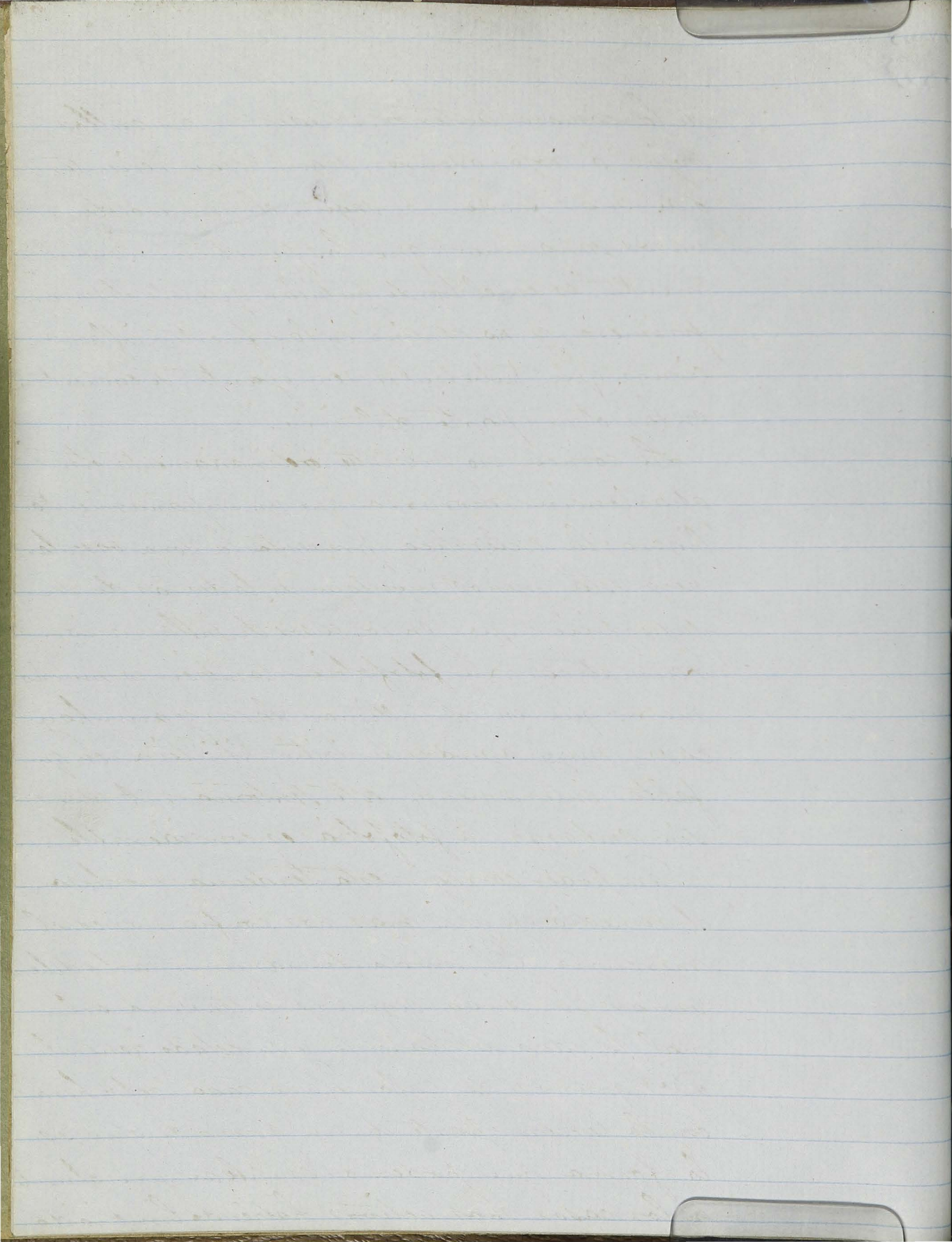
Los tubérculos de fibrina que se forman en el borde de la pupila presentan la mayor variedad en su color, forma y tamaño. A veces son mas chicos que la cabera de un alfiler; otros ocupan una parte considerable



de la cámara anterior. Pueden ser amarillos, rojos ó rojo-oscuro, segun sean recientes ó de mas fecha, ó segun el numero de vasos sanguíneos que los penetran. Generalmente es en el borde pupilar que se observan primero, y no es sino en las fuertes inflamaciones que tuberculos semejantes se encuentran en las otras partes del iris.

La córnea no presenta ordinariamente otra apariencia morbosa que un enpañamiento ligero; la esclerótica presenta la Zona vascular, pero está menos injectada en lo demas de su superficie que en los casos de inflamacion reumatica. La fotofobia tambien es mucho menos que en esta ultima clase; y aun hay casos muy agudos de iritis sífilítica en que falta enteramente este sintoma. A veces sin embargo, la fotofobia es considerable.

Para poder corregir esta tendencia morbosa, el remedio en que mas nos confiamos es el mercurio. El modo de administrarlo debiera variar, sin duda, segun la intensidad del mal, la edad del paciente y su estado general. Dos granos de calomelano cada ocho horas, con la tercera parte de un grano de opio, es la forma que podemos emplear generalmente en los casos mas activos, habiendo limpiado

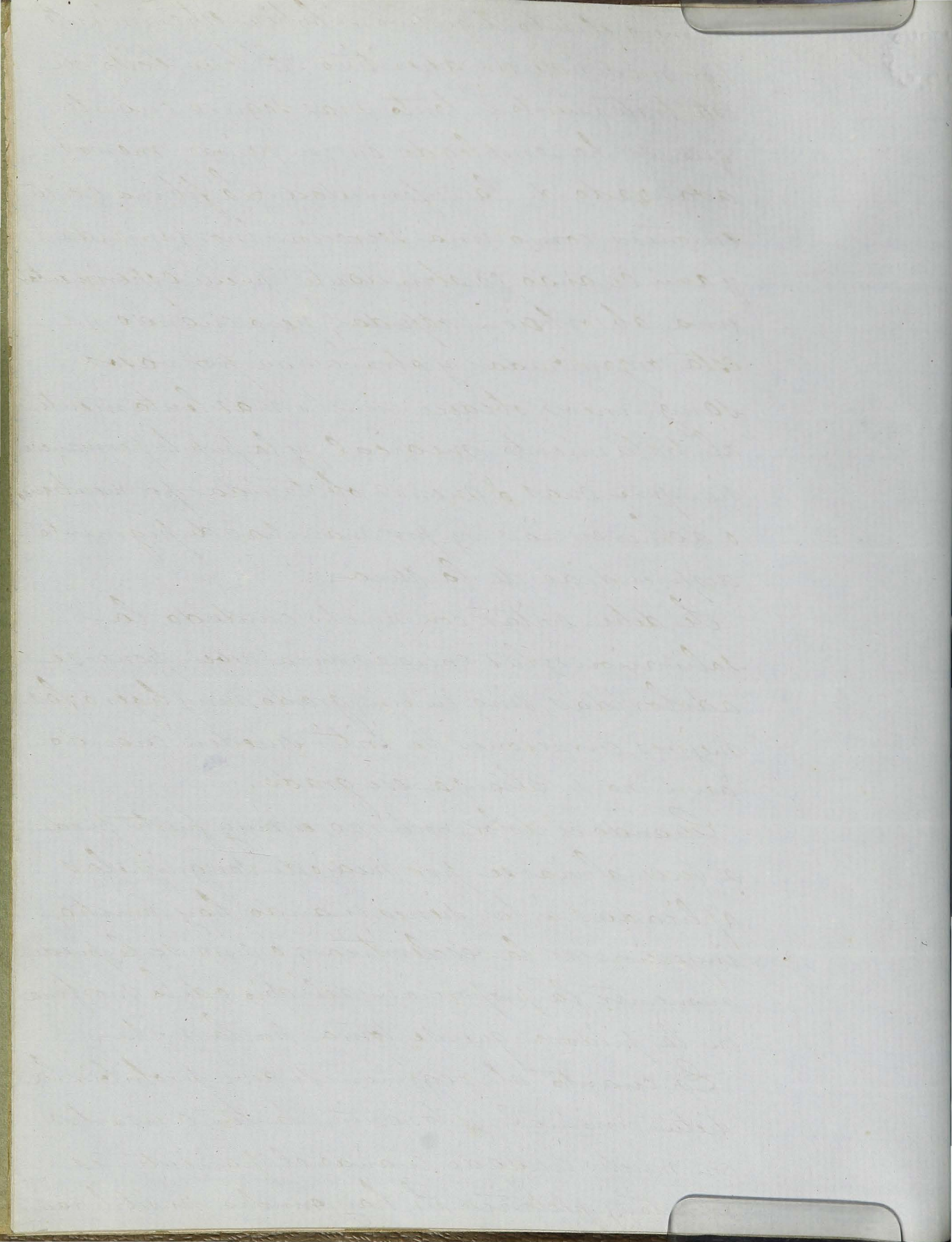


primero el tubo digestivo, si hubiere estreñimiento, por medio de un aperitivo. El buen éxito de este tratamiento es tanto mas seguro cuanto que se ha empleado en un periodo menos avanzado de la enfermedad. La fibrina existe entonces como una secrecion inorganizada, y aun cuando es abundante puede experimentar una absorcion rápida; pero cuando ya está organizada y atravesada por vasos sanguíneos, obedece mucho mas lentamente al tratamiento medical, y la pupila permanece siempre mas o' menos obstruida por membranas, o' adherencias, y por manchas de pigmento desprendido de la uvea.

Se debe evitar con mucho cuidado la salivacion; las encías nunca deben ponerse adoloridas, sino en un grado muy ligero; las mejores curaciones de íntis suceden cuando aun no se alcanza ese grado.

Cuando el dolor nocturno es muy fuerte puede a veces aliviarse por medio de sanguijuelas aplicadas a las sienas cuando hay mucha inyeccion de la esclerótica; o' sino se le puede aumentar la proporcion del opio o' de la morfina en la pildora que se toma por la noche.

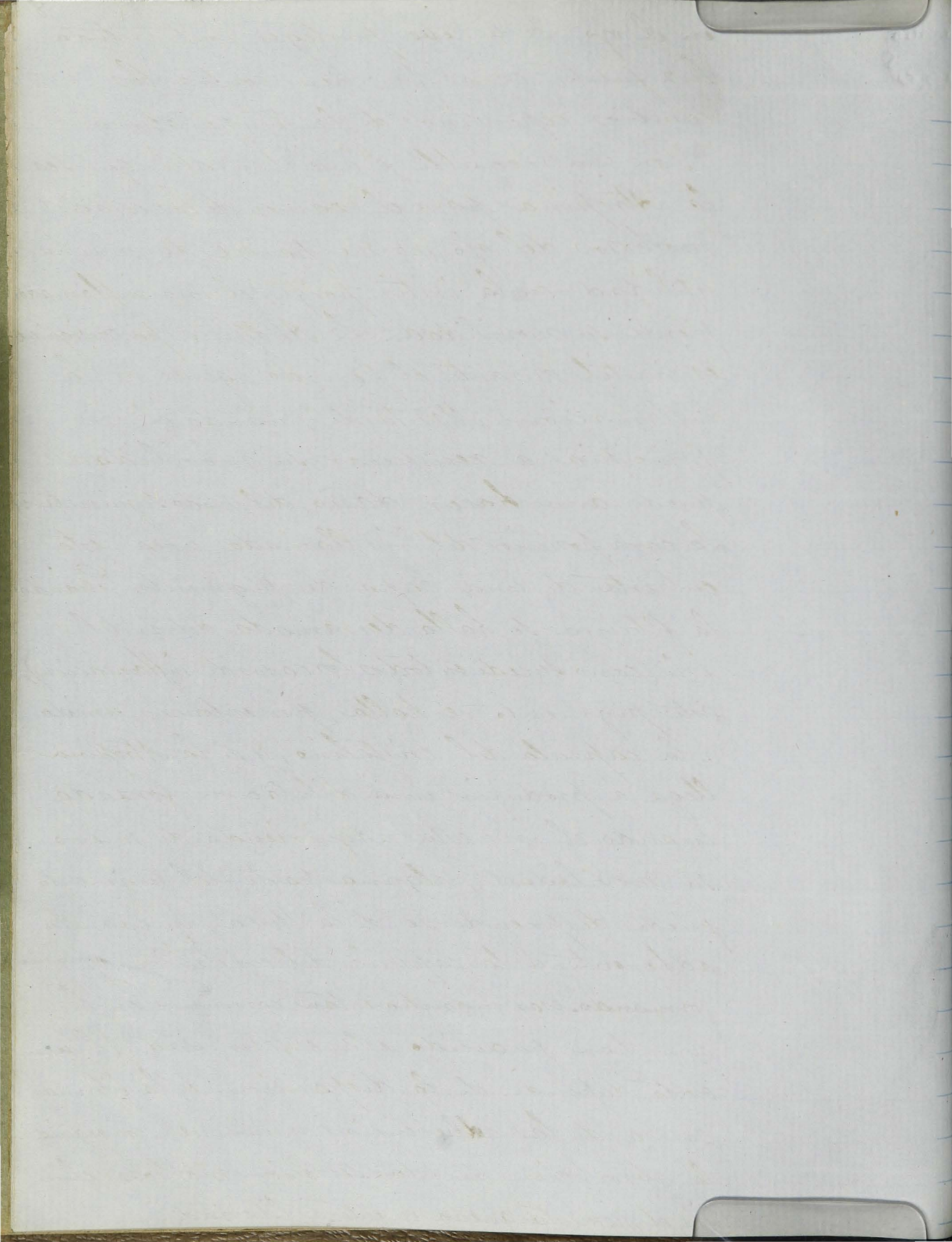
En cuanto al régimen se debe prohibir la dieta animal y los estimulantes, o' usarlos con mucho cuidado, cuando el paciente es robusto y plétorico. Si hay mucha sensibilidad



en el ojo, se le debe proteger contra toda luz fuerte como tambien contra los cambios repentinos de la temperatura.

Por inapreciable e indispensable que sea la Atropina para el examen de los estados morbosos del ojo, no me parece de mucha utilidad en la iritis, porque el iris inflamado pierde su movilidad. La Atropina por consiguiente es inutil durante el periodo agudo de la inflamacion. Mas tarde, cuando el iris principia a recuperar su movilidad, puede aun hacer daño, del modo siguiente:

- La cara posterior del iris, llamada "uvea", está cubierta de una capa de pigmento. Cuando la fibrina se halla derramada detras del iris (como sucede en todos los casos de inflamacion), este pigmento se halla, por entonces, unido a la capsula del cristalino, y si la Atropina llega a producir una dilatacion forzada, cuando el iris está adquiriendo de nuevo su movilidad, alguna parte del pigmento puede desprenderse de la Uvea, quedando adherente a la capsula del cristalino, y formando esas manchas tan comunes en los que han padecido esta enfermedad. El buen éxito depende de la desaparicion de la fibrina, causa de las adherencias, y una vez conseguida la absorcion de esta secrecion morbosa, el iris, al momento queda en entera libertad.

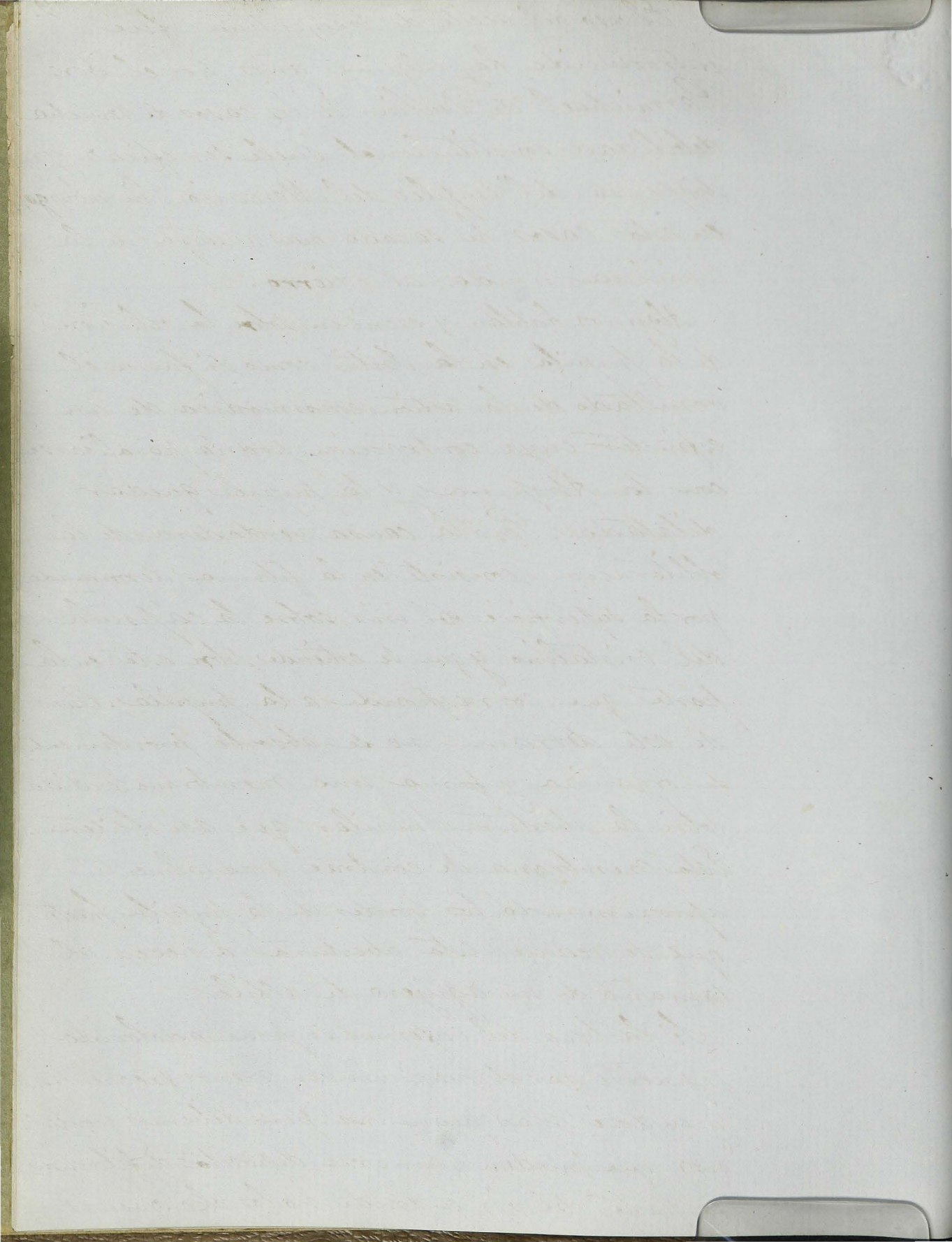


9.

El uso del aceite de trementina fué introducido, hay algunos años, por el Dr. Carmichael de Dublin. En los casos de mucha debilidad constitucional suele ser eficaz y dispensa del empleo del Mercurio. Sin embargo, en estos casos, he sacado mas ventaja de la Quinina unida al Hierro.

Algunos hablan y escriben sobre la oclusion de la pupila en la Iritis, como si fuera el resultado de la acción espasmodica de un esfínter, cuya contracción podria paralizarse con la Atropina, y la pupila quedar dilatada. Pero la causa verdadera de la obliteracion, consiste en la fibrina derramada por la superficie del iris, sobre la cápsula del cristalino, y que se extiende sobre esta en la parte que corresponde a la pupila. Pues si este derrame no se absorbe prontamente, se organiza y forma una membrana tendida sobre la abertura pupilar que así oblitera. Esta membrana se contrae gradualmente, aproximando los bordes de la pupila hasta que se reduce esta abertura, á veces, al tamaño de un agujero de alfiler.

Si la boca del enfermo se pone adolorida es preciso dar el Mercurio con menos frecuencia y en dosis mas pequeñas; pero debemos acordarnos que pueden formarse depositos de fibrina en partes del ojo en donde no los alcanzamos



10

a ver — detras del iris, ó entre la coroides y la retina; por consiguiente no debemos abandonar el remedio, unicamente porque no exista ya ningun derrame visible en la cámara anterior. Mientras dura la Zona vascular en la esclerótica, y el empañamiento de la vista podemos estar seguros de que sigue la enfermedad en el ojo. Puede tomar una forma crónica y entonces exige una modificación correspondiente en su tratamiento: el uso de tónicos y una dieta mas nutritiva.

La *initis Syphilitica* presenta con frecuencia una forma crónica muy difícil en combatir, y que, dejada a si misma, es tan destructiva para la vision como la forma aguda de la enfermedad; porque se estiende gradualmente a los tejidos mas profundos del ojo, hasta que da lugar a la completa disorganización del huevo del ojo. Cuando esta forma crónica de la enfermedad ataca pacientes que padecen síntomas terciarios de sífilis (ya debilitados, quizá por un tratamiento mercurial prolongado) los enfermos experimentan, a veces, una mejoría sorprendente por medio de la administración circumspecta del Hierro.

En algunos sujetos, despues que ya
toda traza de sífilis parece haber sido
erradicada, los ojos conservan una
susceptibilidad para inflamarse, que
se manifiesta cada vez que el enfermo
se espone, por casualidad, a la acción
del frío o de la humedad.

Lima y Abril 22 de 1857

Eduardo Linay M.D.



V. B.

Miguel de los Ríos

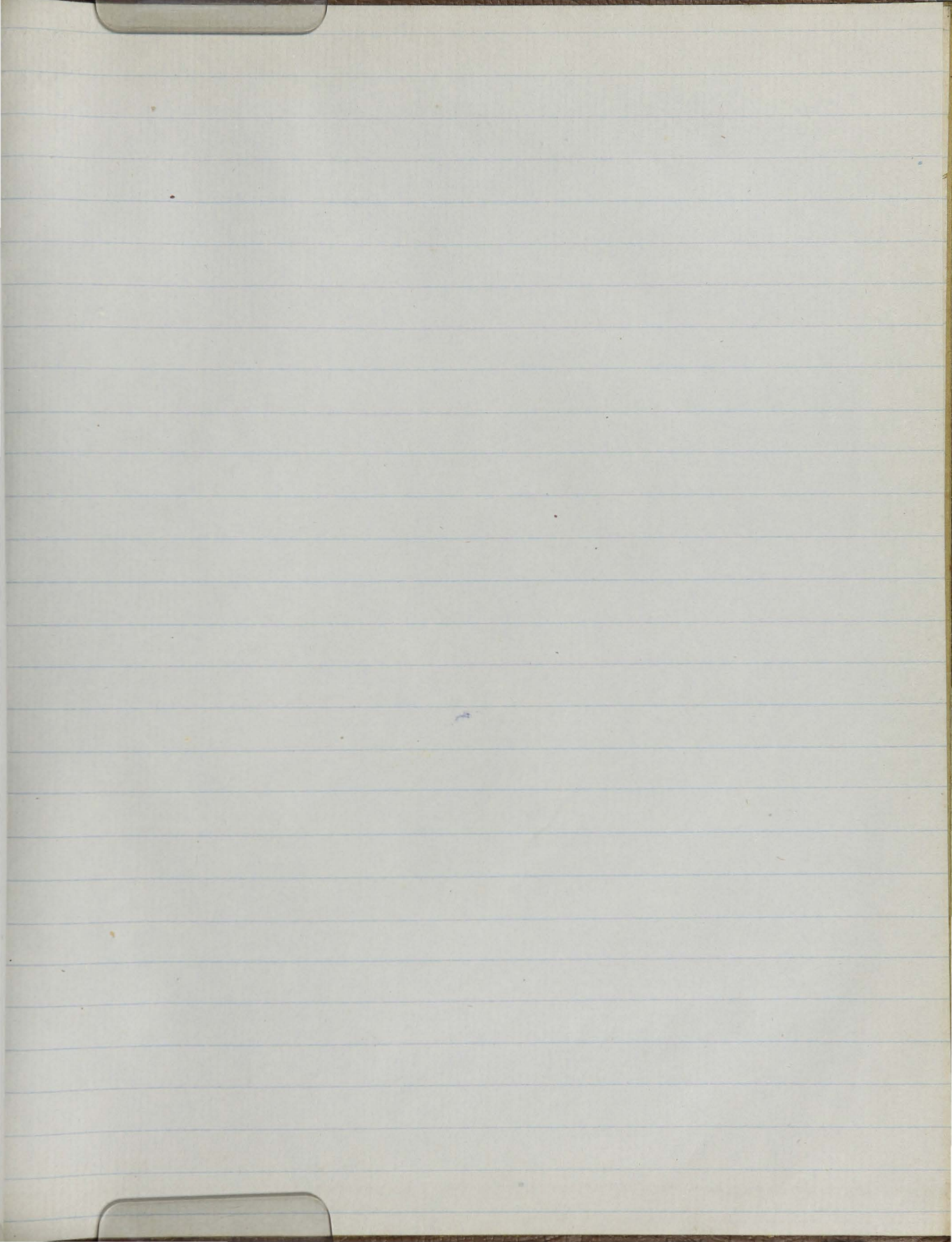


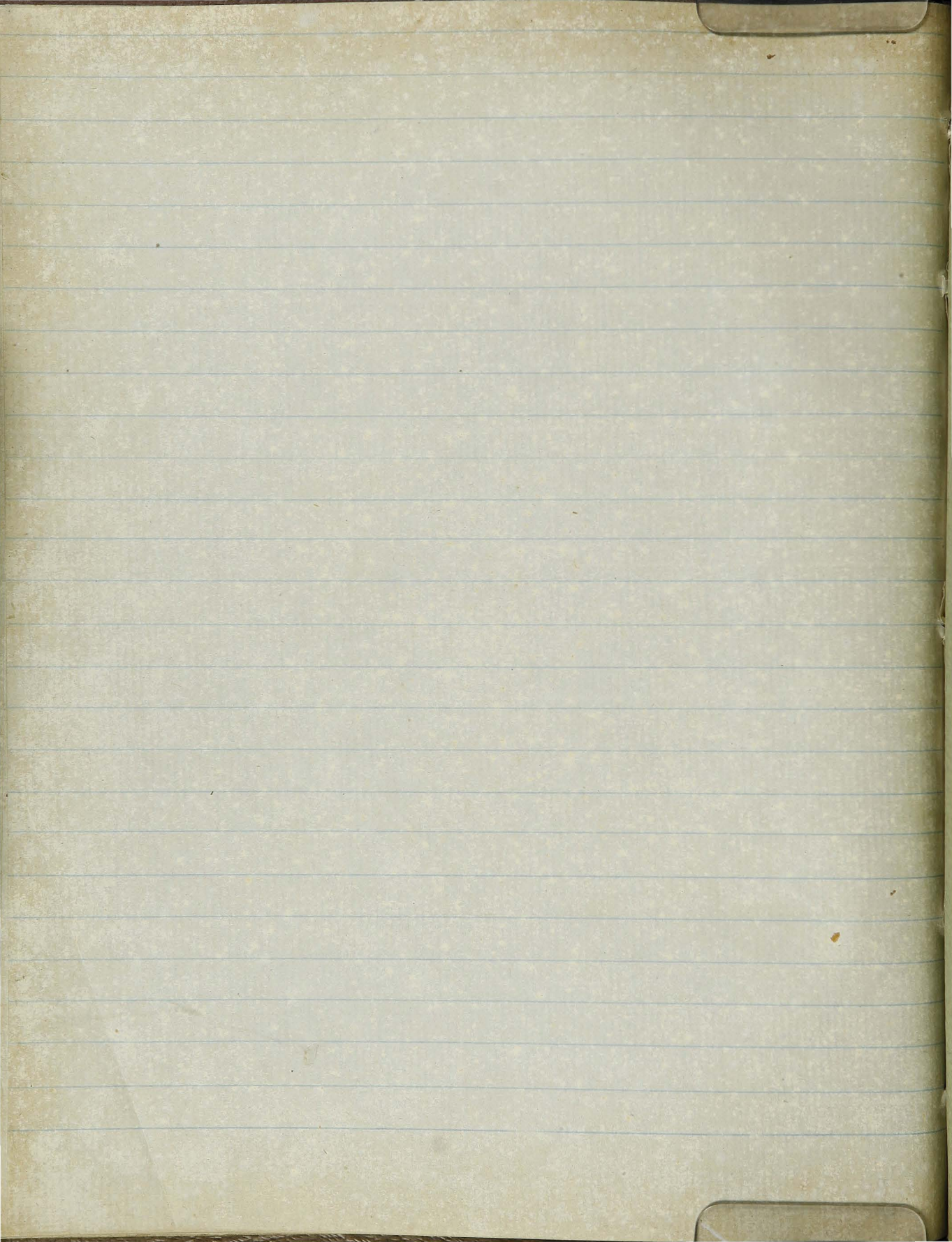
FACULTAD DE MEDICINA	
BIBLIOTECA	
No. de ingreso	13774
No. de la clasificación	

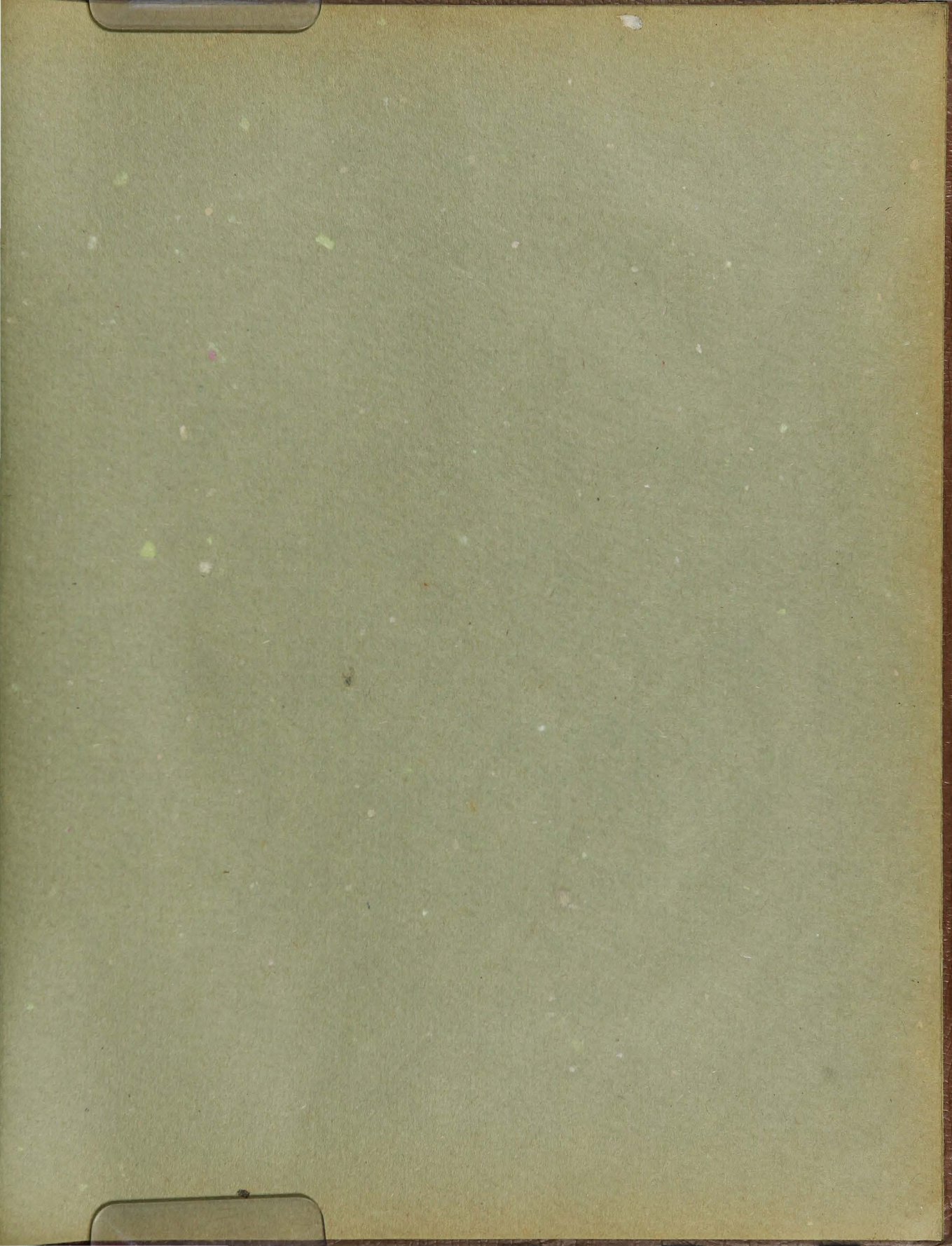
UNMSM - FM - UBHCD



010000073194







Tesis Doctor

80

Tesis Dr:

80

FINLAY, EDUARDO