

ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD CHILENA DE OFTALMOLOGIA

SUMARIO:

1. NOTA EDITORIAL	
2. DOS CASOS DE UVEITIS ASOCIADA A ALOPECIA, VITILIGO, DISACU- CIA Y POLIOSIS. Dres. S. Barrenechea y R. Contardo	PAG. 5
3. LA RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS GLIOMAS RETINA- LES. Dres. Evaristo Santos y Selman Deik	.. 11
4. ENDOFTALMITIS METASTÁSICA TRATADA CON PENICILINA. Dr. Re- né Brücher Encina	.. 15
5. NOTICARIO OFTALMOLOGICO	.. 17
6. REVISTA DE REVISTAS	.. 21
7. REVISTA DE TESIS	.. 33
8. LIBROS	.. 34
9. SOCIEDAD CHILENA DE OFTALMOLOGIA	.. 37

DIRECTOR: DR. SANTIAGO BARRENECHEA A.

JEFE DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

REDACTORES HONORARIOS

PROF. C. CHARLIN C.

PROF. C. ESPILDORA LUQUE

PROF. I. MARTINI Z.

DR. JEAN THIERRY

PUBLICACION BIMENSUAL

AÑO I - N.º 2

SEPTIEMBRE - OCTUBRE DE 1944

SANTIAGO DE CHILE

COMITE DE REDACCION

PROF. DR. J. VERDAGUER

CLINICA OFTALMOLOGICA DEL SALVADOR

DR. A. SCHWEITZER

CLINICA OFTALMOLOGICA DEL SAN VICENTE

DR. A. ROBERT

CLINICA REGIONAL DE OFTALM., VALPARAISO

DR. R. CONTARDO A.

JEFE DEL SERVICIO DE OFTALM. DEL B. LUCO

DR. RAUL COSTA L.

JEFE DEL SERV. DE OFT. DEL HOSP. MILITAR
E INST. TRAUMATOLOGICO

DRA. LAURA CANDIA

HOSP. DE NIÑOS MANUEL ARRIARAN

DR. G. O'REILLY

HOSP. CLINICO - CONCEPCION

DR. M. MILLAN

CLINICA OFTALMOLOGICA DEL HOSP.
SAN FRANCISCO DE BORJA

DRA. M. AMENBAR P.

CLINICA OFT. DEL SAN VICENTE

SECRETARIO DE REDACCION: DR. FERNANDO GONZALEZ

CLINICA OFTALMOLOGICA DEL HOSP. S/N JUAN DE DIOS

Para toda Colaboración, rogamos dirigirse al Director, Dr. SANTIAGO BARRENECHEA
Agustinas 641 Santiago.

Por dificultades de orden material, —escasez de papel, principalmente— este número de "ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA" aparece con atraso considerable. Subsanasadas estas dificultades, ya se encuentra en prensa el número siguiente.



Con la firma respetable de los tres Profesores de Oftalmología de nuestra Facultad: Prof. Dr. C. Charlin C., titular de la Cátedra, y Profs. Drs. C. Espildora Luque y J. Verdaguer, profesores extraordinarios, se ha presentado al señor Decano de la Facultad de Ciencias Médicas la nota que comentamos editorialmente en este número de ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA, guiados por nuestro propósito de alentar toda iniciativa que tienda al progreso de la Oftalmología.

No podíamos silenciar los conceptos de esta nota, convencidos como estamos que la enseñanza de nuestra especialidad, por una parte requiere cada día más interés de profesores y alumnos y, por otra, alcanza ya una importancia para la Medicina General y para la Asistencia Social, que nadie podría desconocer.

Dicen los Profesores en su nota:

«Señor Decano:

«Al terminar el curso de Clínica Oftalmológica del segundo semestre, creemos nuestro deber manifestar a Ud. que, tal cual ha quedado reducido el horario, es imposible cumplir con el programa que ha dispuesto la Facultad para nuestra asignatura.

«La enseñanza de las Clínicas Especiales ha ido reduciéndose más y más. De un año pasó a un semestre; de un semestre a un trimestre y últimamente, de tres a dos horas semanales.

«Empero, conviene recordar que hay ciertos temas de Clínicas Especiales que tienen la importancia de grandes capítulos, de los temas más importantes de las Clínicas Generales, de Medicina Interna o Cirugía.

«Por escasez de tiempo y a veces por ausencia de enfermos, no hemos podido presentar casos de conjuntivitis diftérica, gonocócica, de retinitis gravídica, de glaucoma agudo, etc., afecciones que pueden poner en peligro la vida o la vista del paciente.

«Estas afecciones, si no se han observado, no se diagnostican.

«De muchas cegueras y muertes futuras nos haríamos responsables indirectamente si no diéramos la voz de alarma.

«Sabemos que el tiempo de que se dispone para la enseñanza es limitado; pero hay ramos que están hipertrofiados; hay exceso de enseñanza teórica y verbal en desmedro de la enseñanza práctica y objetiva.

«Estimamos de imprescindible necesidad, en la reforma del plan de estudios, ampliar el Curso de Oftalmología.

Fijando conceptos, resumen sus ideas sobre la enseñanza de la Medicina con estas palabras:

«Ya que se encuentra sobre el tapete de la discusión la reforma de la enseñanza, insistiremos sobre ciertas ideas fundamentales:

«1) Toda enseñanza académica, teórica, meramente verbal, está fuera de lugar en la Escuela de Medicina y en los hospitales.

«Lo que puede leerse en el escritorio o en la biblioteca, no debe ocupar el horario en desmedro de materias que sólo es posible conocer de visu en la Escuela, en el consultorio o en la sala de enfermos.

«2) En el programa debe dominar la enseñanza de la Medicina, de los ramos prácticos, clínicos y no de ramos preparatorios, de ciencia pura, complementarios, que hoy absorben gran parte del tiempo.

«No es posible que los alumnos conozcan de memoria minucias teóricas y no sepan reconocer desde el primer momento una gonococia conjuntival que va a cegar al enfermo si no es tratado, o una oftalmía diftérica que puede matarlo en pocas horas.

«3) De la Escuela de Medicina el joven debe abandonar las aulas con espíritu médico, vale decir, práctico.

Y terminan su nota los Profesores Charlin, Espíldora y Verdaguer:

«La Medicina no es erudición sino experiencia clínica. Y ésta sólo se adquiere con la observación personal.

«Después, sobre los conocimientos basales, pocos pero sólidos, si el joven tiene fibra, edificará su sabiduría futura.

«Saludan atentamente al señor Decano. — Firmados: Prof. C. Charlin C., Prof. C. Espíldora Luque, Prof. J. Verdaguer.»

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios

(Director: Dr. **Santiago Barrenechea**)

Clínica Oftalmológica del Hospital Ramón Barros Luco

Director: Dr. **René Contardo**

Dos casos de Uveitis asociada a Alopecia, Vitiligo, Disacusia y Poliosis (Síndrome de Vogt-Koyanagi)

Dres. SANTIAGO BARRENECHEA y RENE CONTARDO

Hemos creído de interés publicar dos casos de uveitis asociados a alopecia, vitiligo, disacusia y poliosis, cuya evolución favorable en ambos, uno de los cuales fué intervenido, da margen a preciosas enseñanzas.

La uveitis de origen traumático, asociada a sordera y poliosis era ya conocida desde el siglo pasado; en cambio la uveitis no traumática asociada a estos síntomas, se conoció a raíz de una publicación de VOGT (21) en 1906, descripción a la cual siguieron las de otros casos producidos en el Japón donde la enfermedad es más común. HARADA en 1926 describió un tipo peculiar de coroiditis exudativa aguda difusa de etiología desconocida y de buen pronóstico, afección que lleva su nombre y se produce en el Japón y que, a diferencia de la uveitis asociada a la alopecia, vitiligo, poliosis y disacusia, no presenta evidencias clínicas de compromiso del segmento anterior del ojo.

Existe, pues, una entidad clínica bien definida en la cual se asocian una uveitis bilateral con trastornos diseminados que afectan especialmente la piel, el sistema nervioso y el oído. La uveitis es una afección generalizada que se caracteriza esencialmente por una coroiditis difusa exudativa, que lleva frecuentemente a un desprendimiento de retina o por una iridociclitis exudativa que progresa a la formación de sinequias y seclusión pupilar. En la piel se producen zonas de depigmentación (vitiligo), el pelo se pierde por áreas (alopecia) o llega a ser blanco (poliosis o canicie); comprendiendo no sólo el pelo de la cabeza sino también el de las cejas, pestañas y axilas; en el oído puede producirse sordera o ruidos.

La enfermedad se produce en jóvenes adultos, generalmente en la tercera década de la vida y se anuncia por síntomas prodrómicos, como cefaleas, somnolencia, náuseas y pesadez cefálica.

La uveitis aparece en ambos ojos al mismo tiempo o casi simultá-

neamente y su apariencia recuerda la de una oftalmía simpática grave. Es raro comprobar alza de la tensión, siendo más frecuente la tendencia a la hipotonía.

La inflamación, pese a su gravedad, tiende a limitarse por sí misma y, aunque en su período álgido la visión está casi invariablemente reducida a la percepción luminosa, el resultado final es, a veces, sorpresivamente bueno, siempre que no se comprometa la mácula, en tal forma que un 30% de los casos llegan a visión casi normal; la pérdida de la visión en forma definitiva es, sin embargo, frecuente, siendo infructuosos, según los diversos autores, los ensayos operatorios para mejorarla.

Cuando el proceso cede y el fondo es visible, la retina se aprecia depigmentada, de un color amarillento difuso con focos pigmentados y áreas atróficas.

La alopecia areata ocurre invariablemente y la poliosis en más o menos 90% de los casos, y la sordera y el vitiligo en un 50 a 79%. Los cambios en el pelo y en la piel aparecen de 3 semanas a 3 meses después del principio de los síntomas oculares, y en un gran número de casos el pelo llega a ser normal nuevamente en 5 a 8 meses.

A veces se producen síntomas generales que indican un compromiso meníngeo, como cefaleas, vómitos y vértigos con aumento de la presión y del contenido celular del líquido céfalo-raquídeo y en su forma más completa el síndrome implica cambios meníngeos, vestibulares, cocleares, cutáneos y oculares.

La etiología es desconocida, pudiendo ser excluida la sífilis y la tuberculosis en la mayoría de los casos como cree DUKE ELDER (6) y lo ha demostrado PARKER (15), pese a que NAKAMURA piensa en una probable etiología tuberculosa del proceso, basado en la mejoría obtenida con tuberculina en un caso tratado.

VERDAGUER (20), cree en la etiología tuberculosa, ya que hay muchos casos de desprendimiento retinal exudativo con síntomas de uveítis que, seguramente, son manifestaciones tuberculosas o bien desprendimientos exudativos producidos por tuberculosis uveal y aconseja en tales casos el tratamiento tuberculínico de prueba.

CARRASQUILLO (3), encuentra que la sífilis interviene en un 7% de 32 casos estudiados, y las reacciones a la tuberculina fueron positivas en 4 de los 16 casos.

DUKE ELDER (6), piensa que para relacionar la inflamación exudativa uveal con la depigmentación y cambios tróficos en la piel hay que invocar un factor endocrino o tóxico.

KOYANAGI (11), sugiere un origen endocrino, pero sólo existe un caso clínico que justifique esta hipótesis, por ello DUKE ELDER cree más probable que muchos casos tengan por origen una causa tóxica.

ZENTMAYER (25), encontró consanguinidad de los padres en una mujer de 30 años.

TAKAHASHI y TAGAMY (19), creen que se trata de un virus filtrable, parecido al del herpes o al de la oftalmía simpática, y HAMADA (9), acepta un proceso similar al de la oftalmía simpática. MATSUOKA, basado en el examen clínico y microscópico de un caso, lo identifica con el cuadro de la oftalmía simpática, contrariamente a la opinión de OWAGA.

TAGAMI y TAKAHASHI, han demostrado la naturaleza infecciosa

de la enfermedad de HARADA, ya que por la inoculación en el vítreo de conejos de líquido subretinal de estos enfermos se logró producir uveítis en algunos animales, que, incluso, aparecieron en el ojo no inoculado y también se consiguió hacer inoculaciones positivas en el líquido cerebro-espinal.

MALBRAN y MUHLMANN (13), lograron también resultados similares.

HAGUE (8), sugiere una teoría nueva como causa de esta afección, localizando su origen en el hipotálamo y más exactamente en el núcleo supraóptico del hipotálamo, ya que una afección en él puede causar alopecia, poliosis y vitiligo. La alteración uveal se explicaría porque el núcleo supraóptico probablemente regula la excitabilidad de la retina y posiblemente proporciona inervación trófica a la retina y coroides, lo que puede ejercer influencia en los depósitos del pigmento uveal y esto explica la relativa frecuencia de la asociación de la pigmentación retinal con una enfermedad en la cual se sospecha compromiso hipotalámico: el síndrome de Laurence-Moon-Biedl.

La afección sería producida por un virus como lo indica el hecho de que estos cuadros sean precedidos por un episodio de influenza o de encefalitis, que son producidos por virus, como también la asociación ocasional de ciertas manifestaciones de este síndrome con el herpes.

MAGITOT y DUBOIS-POULSEN (12) y LAJE WESKAMP (23), creen que el agente causal es un virus neurotrófico.

Por último hay también quienes sostienen con ELSCHNIG (7), la teoría alérgica, relacionando la producción del vitiligo y la alopecia al efecto anafiláctico del pigmento uveal.

En lo que dice relación con la Anatomía Patológica, esta afección provoca una coroiditis difusa análoga a la que produce la oftalmía simpática, siendo atacadas en ambos procesos las células pigmentadas de todo el organismo, lesión que consiste, como ha demostrado HAMADA (9), en una destrucción gradual de los cromatóforos con aparición de macrófagos y células gigantes.

CASO 1

Nuestro primer caso se refiere a una mujer de 44 años de edad, cuya enfermedad se inicia el 25 de Diciembre de 1942, con disminución de la visión del ojo derecho y luego del izquierdo, precedida por síntomas generales como cefaleas, náuseas y vómitos.

Al examen se comprueba:

V. O. D., cuenta dedos a 20 cm.

V. O. I., movimientos manos a 30 cm.

Las pupilas son midriáticas, deformadas y no reaccionan a la luz.

En el fondo de O. D. I. se aprecian papilas hiperémicas de bordes completamente borrosos, que se confunden con la retina circundante, la cual aparece grisácea, edematosa, especialmente en el polo posterior, cuadro que da la impresión de una neuritis.

Al microscopio corneal se encuentran sinequias posteriores y abundantes precipitados en la Descemet.

Los exámenes generales revelan:

R. Kahn: negativa, previa reactivación.

Uremia, glicemia y orina: normales.

Radioscopia pulmón: negativa.

Velocidad de sedimentación: normal.

Examen otorinolaringológico: negativo.

Radiografías dentarias: **Absceso apical incisivo lateral derecho, granuloma periapical raíz primer premolar derecho, granuloma raíz segundo premolar. Canino incluido.**

En un cuadro de esta naturaleza en el cual no podía invocarse otra etiología sino la focal, procedimos primeramente a extirpar las groseras lesiones dentales existentes y a tratar la uveítis localmente con atropina y dionina y tratamiento general a base de endoioidina, cytotropina, ultratermia, Betaxina fuerte y ácido nicotínico, al cual se agrega posteriormente salicilato de sodio, sulfadiazina y autohemoterapia.

Pese al tratamiento, el cuadro se agrava, llegando la visión a la percepción de luz, no siendo posible ver fondo por enturbiamiento del vítreo. La pupila estaba midriática, deformada por las sinequias y los exudados.

Se continúa tratamiento con ultratermia, Endoioidina, Thioseptil inyectable, extracto tiroideo y vitamínoterapia para estimular las defensas, leche aséptica y posteriormente Neosalvarsán. Junto a esto se sigue el tratamiento local, régimen líquido de eliminación y se completa la defocación dentaria, lo que influyó benéficamente en el curso de la enfermedad.

A los 4 meses de evolución la enferma dice ver mejor y, efectivamente, los medios son transparentes, pudiéndose ver fondo, pero sin apreciar detalles. Al microscopio corneal se aprecian sinequias posteriores y tejido conjuntival hiperplástico sobre la cristaloides anterior y precipitados en la Descemet.

Conjuntamente con esto aparecen síntomas generales que permiten aclarar y precisar nuestro diagnóstico de Síndrome de VOGT-KOYANAGI, pues se constata alopecia del cuero cabelludo, especialmente de las regiones parietales, vitiligo en distintas partes del cuerpo (cabeza, hombros, nuca y párpados) e hipoacusia.

Se trataba de una uveítis asociada a alopecia, vitiligo, disacusia y poliosis; esta última apareció recién después de la caída del pelo, en el pelo nuevo de las zonas peladas y también en el pelo existente, incluso comprometiendo las pestañas en su tercio externo.

Se sigue un tratamiento más o menos igual al indicado anteriormente, reemplazando el Neosalvarsán por Cianuro de Mercurio al 1%.

A los 5 meses de evolución el fondo es visible con facilidad, apreciándose papilas rosadas de bordes borrosos en O. D. y más o menos nítidos en O. I. Focos de coroiditis diseminados que incluyen la zona macular:

Al microscopio corneal sólo se observa uno que otro precipitado en la Descemet.

Se sigue tratamiento con complejo vitamínico B, ácido paraminobenzoico, pantotenato de calcio y tiosulfato de oro y sodio, asociación que al ser usada con anterioridad aceleró la salida del pelo de color negro en las zonas afectadas.

A los 7 meses de evolución el fondo se vé con facilidad, apreciándose

papilas planas, rosadas, de bordes nítidos. Lesiones de coroiditis en forma de focos y bandas pigmentadas y áreas atróficas, lesiones que comprometen la zona macular. Al microscopio corneal se ven escasos precipitados en la Descemet, iris atrófico y seclusión pupilar.

A los 11 meses de evolución la visión de O. D. es contar dedos a 1 metro y la de O. I. de 0,2 parcial, mala visión final del ojo derecho que se explica por el compromiso macular.

CASO 2

El segundo caso se refiere a una mujer de 26 años cuya enfermedad se inicia el 27 de Enero de 1942, con disminución de la visión en ambos ojos, siendo tratada con tuberculina, sin éxito.

Al primer examen nuestro, 17-II-1943, se comprueba:

Ojos blancos, sin reacción inflamatoria.

V. O. D. I., luz, buena proyección.

O. D. I. Pupila ocupada por membranas pupilares grises. Al microscopio corneal se aprecian sinequias posteriores, apareciendo el iris con perforaciones de transfixión de Fuchs, precipitados antiguos en la Descemet. Catarata. (La afección tenía en este momento 13 meses de evolución).

Los exámenes generales revelan:

R. Kahn: negativa.

Glicemia, uremia y orina: normales.

Radioscopia pulmón: negativa.

Velocidad de sedimentación: normal.

Examen otorinolaringológico: negativo.

Radiografías dentarias: **Foco extenso de osteitis quística periapical del tercer molar superior derecho.**

Se hace tratamiento a base de **defocación dentaria** y vitaminoterapia (complejo vitamínico B, ácido ascórbico, ácido nicotínico, etc.), pero sin éxito, apareciendo luego los síntomas generales que permiten precisar nuestro diagnóstico, como alopecia del cuero cabelludo, vitiligo y poliosis.

No existiendo síntomas inflamatorios agudos y previa iridectomía total se extraen las cataratas de ambos ojos, intracapsulares, con una semana de intervalo, pero un mes después el coloboma ha desaparecido, traccionado todo el iris hacia arriba, por lo que se hace pupilotomía vertical, operaciones que evolucionaron sin incidentes, pero como las opacidades vitreas impiden ver el fondo, se sigue tratamiento con complejo vitamínico B, inyecciones subconjuntivales de cloruro de sodio y dionina y ácido nicotínico.

A los 4 meses se aprecia en el fondo de ambos ojos abundantes lesiones corioretinales con gran desarrollo de vasos de neoformación que ocultan parcialmente la papila, sin embargo con + 13.0 esf. distingue las facciones de las personas junto a ella.

Sigue en tratamiento con ácido nicotínico, lográndose finalmente a los 20 meses de evolución:

V. O. D. + 12.0 esf. cyl + 2.0 a 120° : 0.4 parcial.

V. O. I. + 12.0 esf. cyl + 2.0 a 50° : 0.4 parcial.

Agregando + 3.0 esf. a lo anotado anteriormente se logra una vi-

sión de Jager 2 para cerca, que en Agosto de 1944 ha llegado en ambos ojos a Jager 1. La enferma puede enhebrar agujas.

En este momento la enferma ha recuperado completamente su cabellera, que ha tomado coloración normal, persistiendo sólo canicie de las pestañas.

Como comentario final hay que hacer notar en ambas observaciones:

1.o La existencia de groseras lesiones dentarias cuya extirpación mejoró en uno de los casos el cuadro clínico; en el otro caso las lesiones del polo anterior ya eran cicatriciales cuando se eliminaron los focos dentarios.

2.o La administración de ácido paraaminobenzóico y pantotenato de calcio, asociados al complejo vitamínico B, aceleró la aparición de pelo de color negro, antes de los 5 a 8 meses de tratamiento, tiempo en que habitualmente reaparece el pelo en esta afección.

3.o Uno de los casos fué tratado sin éxito con tuberculina, lo que confirmaría la opinión de la mayoría de los autores, que descartan la etiología tuberculosa.

4.o La mejoría obtenida en lo que se refiere a la visión, pese a las groseras lesiones corioretinales y maculares existentes en el primer caso, y pese a que la segunda enferma hubo de ser intervenida de catarata bilateral previa iridectomía y seguida de pupilotomía, no presentando ninguna reacción desfavorable con las intervenciones y alcanzando agudeza visual normal en ambos ojos a los dos años y medio de evolución.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—AVALOS, ENRIQUE.—My third case of bilateral severe uveitis accompanied by deafness and by graying and falling out of the hair. — Rev. Cub de Oft., p. 75-V, 5-1936.
- 2.—ADROGUE y TETTAMANTI.—Fondo de ojo. Su diagnóstico. — El Ateneo, Buenos Aires, 1936.
- 3.—CARRASQUILLO.—A. of O. — 28:385-414, Sep. 1942
- 4.—CONTARDO, RENE.—Un caso de uveitis asociada a alopecia, vitiligo, poliosis y disacusia. — Oftalmología de Guerra, 1944.
- 5.—DAVIES, W. S.—Neuritis with associated alopecia, poliosis, vitiligo and deafness. — A. of O. XIV-239-1935.
- 6.—DUKE ELDER.—Text-book of Ophthalmology. — The C. V. Mosby, 1941.
- 7.—ELSCHNIG.—A. Of O. — LXXVI-509-1910.
- 8.—HAGUE, ELLIOT.—Uveitis - dysacusia - alopecia - poliosis and vitiligo — A theory as to cause. — A. of O., Vol. 31, N.º 6, p. 520, June 1944.
- 9.—HAMADA.—Acta S. O. Jap. 1930.

- 10.—HAMADA.—Acta S. O. Jap, XXXVIII, 109-137-1934.
 - 11.—KOYANAGI.—K. M. F. A., LXXXII, 194-1929.
 - 12.—MAGITOT y DUBOIS POULSEN.—Un oas de syndrome de Harada. — Uveite grave avec décollement bilatéraux et encéphalite. — Bull. Soc. d'Opht. de Paris, 51-223-1939.
 - 13.—MALBRAN y MUHLMANN.—Enfermedad de Harada. — Congreso Argentino de Oft. 1936.
 - 14.—NAKAMURA.—Zur Kenntnis der erfolgreichen Behandlung der exudativen Uveitis sowie der Sympatischen Ophthalmia Mittles — A. O., K. M. F. A., 1932.
 - 15.—PARKER.—Severe uveitis with associated alopecia, poliosis, vitiligo and deafness. — A. of O., V. 24, p. 439, 1940.
 - 16.—PETERS.—D. M. V., XXXVIII, 84, 1932.
 - 17.—RBA, LINDSAY.—Neuro Ophthalmology. — 2 Ed. The C. V. Mosby Co., 1941.
 - 18.—TAGAMI.—Acta S. O. Jap., 1931.
 - 19.—TAGAHASHI - HARADA.—Sche Krankheit. — K. M. f. A., 1932.
 - 20.—VERDAGUER, JUAN.—Desprendimiento retinal. — Ediciones Universidad de Chile, 1942.
 - 21.—VOGT. — K. M. f. A., XIIIV, 228, 1906.
 - 22.—VONDERABE y ABRAMS.—Ependymoma of the third ventricle. — A. of O., 12, 693, Nov. 1934.
 - 23.—WESKAMP, LAJE.—Uveitis exudativa bilateral con desprendimiento retinal. — Rev. Asoc. Méd. Argentina, 46, 1451, 1932.
 - 24.—YANES y FERRER.—Spontaneous bilateral uveitis with dysaccousia, alopecia, and poliosis. — Rev. Cub. de Oto Neuro Oftalmología, V. 7, 1938.
 - 25.—ZENTMAYER, WILLIAM.—Severe uveitis with associated alopecia, poliosis, vitiligo and deafness. — A. of O., V. 27, p. 342, 1942.
-

Cátedra Extraordinaria de Oftalmología

Hospital San Vicente de Paul

(Director: **Profesor C. Espildora Luque**)

La Radioterapia en el tratamiento de los gliomas retinales

Dres. EVARISTO SANTOS y SELMAN DEIK

Siguiendo las normas aconsejadas por MARTIN Y REESE, hemos tratado dos casos de gliomas retinales con radioterapia. La primera observación se refiere a un niño visto en Septiembre de 1944, de 4 meses de edad cuyo ojo derecho había sido enucleado por un glioma retinal. El examen de fondo reveló en el ojo izquierdo la presencia de una formación gliomatosa, que ocupaba una extensa zona del polo posterior, aproximadamente unos 6 diámetros papilares, que respetaba el área papilo-macular, alcanzando hasta sus inmediaciones. Se hace radioterapia fraccionada, siguiendo las ideas de MARTIN Y REESE.

En los exámenes de control se observó después de las primeras series de aplicaciones un aumento de tamaño del tumor, fenómeno habitual, debido a un edema de vecindad con transudación de líquido sub-retinal, lo que aparece a la oftalmoscopia como un halo blanco que circunscribe la zona tumoral. Posteriormente la desintegración del tumor se hizo evidente por aplanamiento, irregularidad de sus bordes, pigmentación de la zona circundante y calcificación, etapa final del proceso regresivo.

En la actualidad, se ha completado un año de tratamiento, durante el cual se ha sometido al enfermito a cuatro series de aplicaciones de más o menos 20 días de duración. Estas series constan de una a dos aplicaciones diarias de 200 R. en superficie alcanzando una dosis total efectiva a nivel de la lesión de 2.500 R. en la serie inicial y 1.500 a 2.000 R. en las series siguientes. Los resultados alcanzados superaron las mejores expectativas, ya que la oftalmoscopia reveló la completa destrucción del tumor, con indemnidad máculo-papilar; conservándose la visión, como lo demuestra el hecho de que el niño anda perfectamente y coge con seguridad los objetos que se ponen a su alcance. La tolerancia al tratamiento puede considerarse muy buena, no observándose ninguna alteración del estado general ni local; el niño que tiene actualmente un año 4 meses, pesa 14 kilos, controla bien sus esfínteres y no presenta la más mínima alteración de la piel de la zona irradiada ni del polo anterior del globo, complicaciones que se describen como fre-

cuentes y que aquí parecen haberse evitado gracias al sistema protector.

El segundo caso es de observación más reciente. Se trata de un niño de 1 año 6 meses, a quien hubo de enucleársele el ojo izquierdo, por un glioma y presenta en el ojo derecho dos tumoraciones retinales, una supero-externa y la otra infero-interna que ocupan una zona superior a 5DP., respetando la zona máculo-papilar. Lleva dos series de aplicaciones y ya es posible observar signos de desintegración tumoral. La visión no se ha alterado y tampoco ha habido que lamentar complicaciones.

La técnica empleada ha sido la siguiente:

1.—Fraccionamiento de la dosis. La dosis total se fracciona en 4 a 5 series que se administran en el plazo de un año, efectuando cada serie en un plazo no mayor de 20 días.

2.—Dosis por serie.—La dosis de la primera serie es mayor que las restantes; alcanzando, a nivel de la lesión, alrededor de 2.500 R. En las series siguientes se llega a 1.500 y 2.500 R.

3.—Número de puertas de entrada y localización. Se usó de preferencia tres puertas de entrada: temporal del mismo lado, supra-orbitaria y nasal del lado opuesto. En ocasiones se dividió el campo temporal en uno superior y otro inferior a fin de reducir la cantidad de radiaciones por puerta de entrada y proteger, en esta forma, la piel de las alteraciones propias del exceso de rayos.

4.—Tamaño y forma de los campos. Son dados por localizadores especiales, cilindricos, de 2.5 cms., de diámetro. Figura (1).

5.—Orientación del haz de rayos. Es, sin duda, el punto más interesante; el haz debe ser dirigido al polo posterior del globo, en forma oblicua con respecto al plano frontal, consiguiendo de esta manera que una parte de él, más o menos la mitad anterior, se absorba por el protector ocular.

6.—Características físicas del haz de rayos. Se usaron 200.000 voltios, 25 miliamperes y filtros de 101,5 mm., de cobre y 1 mm. de aluminio, con capa hemireductora de 1,62 a 1,90 respectivamente. La distancia foco-piel fué de 50 cms.

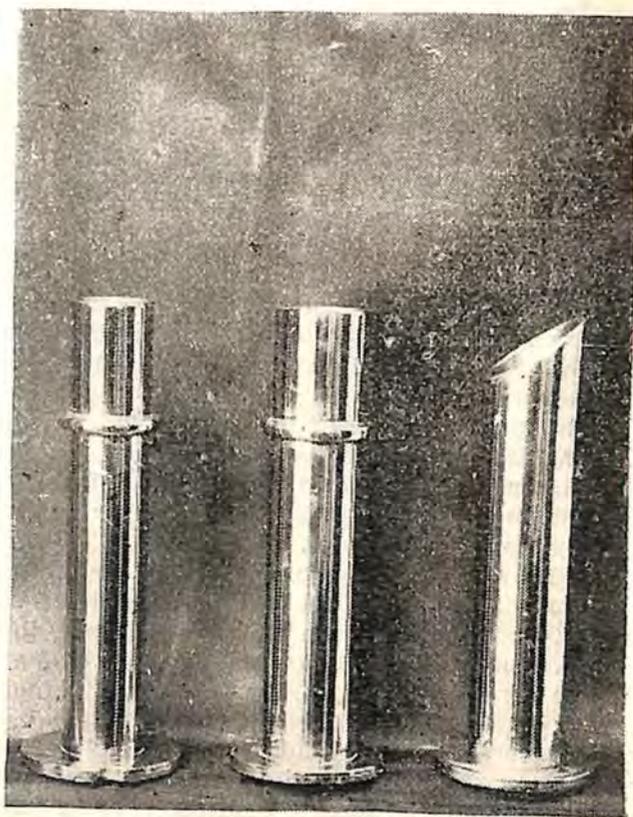


Fig. 1

El óculo-protector empleado (Figuras 2 y 3) y que tan buenos resultados ha dado, tiene forma ovalada, de caras curvas, cóncavo-convexo para mejor adaptarse a la córnea, de un espesor de 5 a 7 mms., y de diámetros diferentes, según los casos, que oscilan entre 20 por 15 y 24 por 20 mms. El peso varía de 4 a 6 grs., los bordes son lisos y redondeados. Está constituido de un material de plomo laminado de un espesor de 1 a 2 mms., recubierto de una substancia de caucho ametalico o de resinas acrílicas de bajo peso atómico para absorber la radiación corpuscular secundaria del plomo. Se consigue así, según lo han demostrado las mediciones del Dr. Manuel Meila Veloso, una absorción de un 90% de las radiaciones Roentgen y un 100% de las radiaciones corpusculares cáusticas; lo que ha sido, además, confirmado clínicamente cuando, para tratar cánceres de los párpados se emplean dosis masivas y se protege el globo con dicho material.

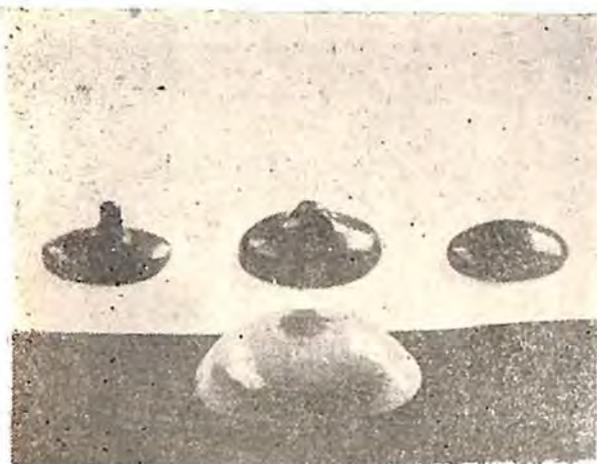


Fig. 2

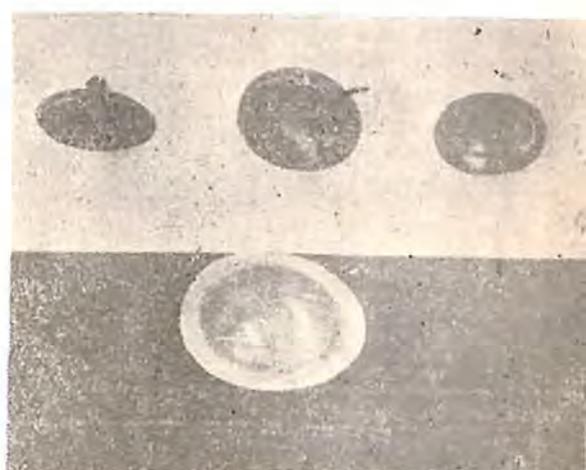


Fig. 3

La radioterapia fraccionada, con buena protección ocular constituye un arma de gran eficacia para combatir el glioma retinal. Su indicación se reduce a los gliomas bilaterales, cuando en un ojo existen posibilidades de conservar la visión; enucleándose el ojo más afectado y haciendo radioterapia fraccionada en el ojo con posibilidades visuales. En los casos de glioma unilateral sigue siendo la enucleación precoz la conducta más aconsejable.

DISCUSION

El Dr. Barrenechea, pregunta al Dr. Selman si él aconseja la irradiación del muñón en el ojo enucleado, aun cuando el examen histopatológico practicado sobre cortes seriados del nervio óptico, indique que el tumor estaba aun circunscrito al globo.

El Dr. Selman declara que aun en esas circunstancias es recomendable hacer radioterapia preventiva, tanto más cuanto que el tratamiento, no ofrece complicaciones. En estos casos, no habiendo tejidos nobles que respetar, se emplea la técnica clásica, bastando, generalmente, una serie de 20 días.

El Dr. Martini se pregunta si en las complicaciones del iris y del cristalino, que tan frecuentemente se producen en estos ojos, intervin-
drá, como se sostiene, la acción de los productos de desintegración tu-
moral o sólo serán producidas por la influencia directa de los rayos sobre
los tejidos, como parecería demostrarlo el hecho de que en los dos casos
presentados, no hubiera complicaciones, a pesar de ser evidente la des-
trucción del glioma.

Práctica Oftalmológica

Casos clínicos de interés

Endoftalmitis Metastásica tratada con Penicilina

Dr. RENE BRÜCHER ENCINA

Clinica Oftalmológica del Hospital San Borja

El caso clínico que relato, corresponde a la observación N.º 28546, del Servicio de Oftalmología del Hospital San Francisco de Borja. Se trata de una enferma: M. B. L., de 27 años de edad, que ingresa el 1.º de Septiembre de este año a la Maternidad del Hospital San Borja.

La obliga a hospitalizarse una pérdida vaginal sanguínea y purulenta que se produce desde hace 22 días, y la aparición desde hace pocas horas de fuertes contracciones dolorosas en el bajo vientre. En este Servicio se constata fiebre de 39º, pulso de 140 y como antecedentes obstétricos, un embarazo que evolucionó normalmente con niño vivo y sano, y como fecha de su última menstruación, el 20 de Mayo del presente año. El examen ginecológico confirma la pérdida de la secreción purulenta y sanguínea y la presencia de contracciones dolorosas del útero.

Con estos antecedentes, se diagnostica: aborto séptico inevitable de tres meses. Efectivamente, a las 22 horas se produce espontáneamente el aborto, expulsando la enferma un huevo incompleto. Se prescribe 10 gramos diarios de sulfatiazol.

A pesar de este tratamiento, la enferma sigue febril, con temperaturas de 38,5º y al quinto día de hospitalización, aparece un gran edema del párpado superior izquierdo, acompañado de violentos dolores que no dejan dormir a la enferma, la que tiene la visión muy disminuida. El examen oftalmológico constata lo siguiente: ojo derecho: nada de especial, visión normal; ojo izquierdo: gran edema inflamatorio palpebral. Queratosis muy acentuada. Cámara anterior profunda, iris tumefacto con reacción pupilar muy débil. El examen de fondo revela obscuridad pupilar debido a la presencia de una masa grisácea situada detrás del cristalino. Globo ocular con dolor espontáneo que aumenta al palparse, tensión normal. Visión luz con buena proyección.

Con estos antecedentes, se diagnostica endoftalmitis metastásica, y no habiendo obtenido éxito el sulfatiazol, se prescribe penicilina, inyectándose por vía intramuscular 15 mil Unidades Oxford cada tres horas. Al día siguiente la visión de luz pierde su proyección, pero se constata como signos favorables el aspecto general más sano y la temperatura que desciende a lo normal. A las 36 horas de tratamiento, se hace posible ver rojo pupilar y la visión mejora a contar dedos a 50 cm. Se coloca en todo 400 mil unidades Oxford de penicilina, durando el tratamiento tres días y sin observar ninguna reacción tóxica por parte de la enferma. A los seis

días la enferma se levanta, la visión es de 2/50 y el microscopio corneal comprueba cámara anterior turbia, gris con muy poca reacción, no hay sinequias, turbidez vitrea, que deja percibir muy borroso el rojo pupilar. Al octavo día la visión es de 1/10 y el examen de fondo permite apreciar la papila de bordes normales. Ocho días más tarde, la enferma es vista nuevamente, y su visión es de 0,4, y al examen de fondo se aprecia en forma nítida la papila y vasos, constatándose únicamente un pequeño desprendimiento en el cuadrante infero externo, por el cual se prescribe reposo, inyecciones de leche y medicamentos a base de salicilato de sodio, obteniéndose con esto la regresión de este pequeño desprendimiento, siendo dada de alta la enferma, con visión de 0,8.

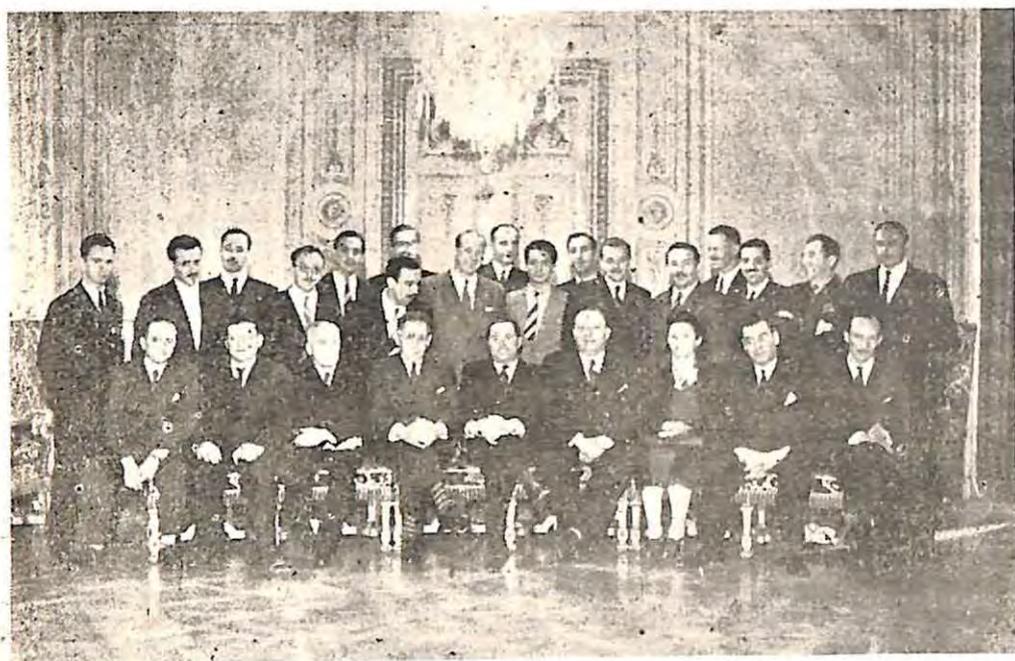
Consideramos que de haber continuado durante cinco días el tratamiento con penicilina, el éxito hubiera sido aún superior, pero las dificultades que existen para obtener la droga, no permitieron suministrarla, sino por espacio de tres días. El hemocultivo fué negativo, pero sin lugar a dudas, la infección se debió al estreptococo, y ya sabemos que es contra estos gérmenes gram positivos que la penicilina actúa con mayor eficacia.

Noticiario Oftalmológico

Homenaje de la Sociedad Chilena de Oftalmología al Director de los Archivos Chilenos de Oftalmología Dr. S. Barrenechea

El Sábado 18 de Noviembre, fué ofrecido un almuerzo en el Club de la Unión, al Dr. Santiago Barrenechea, Director de nuestra Revista, con motivo de la aparición del primer número de los Archivos Chilenos de Oftalmología, homenaje que se hizo extensivo al señor Francisco Saval, quien se ha hecho cargo gentilmente de la parte administrativa y económica de la Revista.

Ofreció la manifestación el Presidente de la Sociedad Chilena de Oftalmología, Profesor Italo Martini, agradeciendo luego el festejado. Ambos discursos son publicados en nuestras páginas.



Concurrentes al homenaje ofrecido al Dr. Santiago Barrenechea

Discurso de Ofrecimiento, del Dr. Italo Martini

La Sociedad Chilena de Oftalmología es y desea seguir siendo una sociedad sobria, porque así debe ser. Pero, este año se han presentado circunstancias que ha sido preciso subrayar celebrándolas en común, de un modo distinto que con la habitual y escueta "constancia en el acta". Aunque la

aparición de la revista "órgano oficial" sea un acontecimiento puramente de orden técnico-científico, para nosotros que hemos largamente esperando el florecimiento de este retoño oftalmológico, expresión vivaz de trabajo y anhelos, reviste el hecho algunos coloridos sentimentales que hemos

querido celebrar con una reunión de tipo familiar. Quiero decir con esto que, llenados ya los formalismos oficiales con las notas refrendadas de rigor, nos congregamos aquí para expresar al Dr. Barrenechea nuestro aplauso y adhesión, en la íntima cordialidad de un almuerzo alegre, entregándonos a la expansión, pues ya el cerebro recibió lo que al cerebro se debe y le damos ahora a la amistad lo que a la amistad le corresponde.

Sería inútil que me extendiera en demostrar lo que todos saben, esto es, lo que significa para la Sociedad tener un órgano oficial; tampoco he de extenderme en lo difícil que le resulta tenerlo a una institución como la nuestra, integrada por pocos miembros, imposibilitados por las exigencias de su labor profesional a encarar con éxito la complicada tarea administrativa inherente a la publicación. Ya un generoso y laudable esfuerzo fué intentado sin poderlo mantener; lo recordamos con cariño y por eso celebramos mayormente a quien puso y sigue poniendo muchas de las mejores condiciones de su personalidad en el empeño de proporcionar a los oftalmólogos chilenos el órgano portavoz y exponente de sus actividades científicas.

La iniciativa, el dinamismo, el entusiasmo oftalmológico del Dr. Barrenechea fueron los factores que generaron el éxito. Con esas cualidades no le fué preciso "golpear para que le fuera abierto"; la generosa amistad de don Francisco Saval, viejo amigo de oftalmólogos, con hispana hidalguía, franqueó las puertas a las cualidades del Dr. Barrenechea, y de la confluencia de estas dos voluntades surgió la iniciativa que cristalizó en los "Archivos Chilenos de Oftalmología", órgano oficial de la Sociedad Chilena de Oftalmología.

Vemos, pues, con mucha satisfacción al Sr. Francisco Saval a nuestro lado en esta circunstancia; sin su presencia el Dr. Barrenechea y nosotros habríamos sentido incompleta y mutilada esta manifestación de regocijo íntimo; reciba también ahora de mis labios la expresión calurosa de nuestra gratitud.

Ahora estamos en marcha empujando todos el mismo carro; uno con su actividad directiva, otro con su ayuda financiera y su experiencia administrativa, la Sociedad con su patrocinio moral, todos con sus trabajos y colaboraciones científicas. Solidarios llegaremos muy lejos, ya que empezamos estrechándonos las manos. Partimos a la tarea alegres y coronados de rosas porque el primer número nos ha dado confianza y aliento, seguros como estamos que las rosas se tornarán laureles impregnados de esta fe, las pupilas encendidas de entusiasmo contemplan ya el miraje de horizontes promisorios; los "Archivos" nacidos al calor amistoso de un grupo de convencidos, habrán de ser un día mentores y guías más allá de nuestras fronteras. Trabajaremos los que vamos pasando para entregar a los del porvenir la prueba concreta y pulsante de lo que supo hacer una generación que sintió con impulso juvenil los anhelos de perfección.

Dr. Barrenechea: La Sociedad Chilena de Oftalmología os dedica este sencillo y amistoso homenaje en prueba de su adhesión y aplauso. Conoce la Sociedad el cariño que le profesáis y el empeño que pusisteis para que tuviera un órgano oficial; sabe también que la tarea de Director que os ha entregado es laboriosa y delicada, pero que, eso mismo, es un estímulo para vuestro carácter emprendedor. Está cierta que con voz esta reunión no celebra la colocación de una de tantas primeras piedras que después quedan olvidadas bajo la tierra que las cubre. No; con la publicación oftalmológica, no es una primera piedra lo que con cariño nos trajisteis, sino un árbol que extenderá raíces y producirá frondas y frutos. Cuidareis y cuidaremos ese árbol para vuestro y nuestro orgullo, por el orgullo, sobre todo, del nombre chileno que realza y garantiza la honradez de sus páginas.

DISCURSO DEL DR. SANTIAGO BARRENECHEA

Profesor Charlín,
Señor Presidente de la Sociedad Chilena de Oftalmología, estimados colegas y amigos:

Quiero agradecer con toda la cordialidad que ella merece, esta manifestación de aliento que Uds. han querido tributar en mí, al espíritu que ha hecho una realidad de lo que era un anhelo de todos nosotros.

Pero quiero, al mismo tiempo, orientar en su verdadera dirección este homenaje.

Si bien es cierto que desde hace años alentábamos la idea de aunar voluntades para la fundación de una revista que, como dijimos en las líneas de presentación del primer número de "Archivos Chilenos de Oftalmología" "recogiera en una publicación nacional y especializada, nuestra producción oftalmológica, ahora repartida en diversas revistas del país y del extranjero", la realización de esta idea sólo fué posible gracias a ciertas condiciones favorables.

Ellas pueden resumirse brevemente así:

1.º La favorable acogida que encontramos en el Profesor Charlín primero y en la Sociedad Chilena de Oftalmología después, y muy especialmente en su Presidente, Dr. Italo Martini, y

2.º La cordial generosidad de nuestro común amigo Francisco Saval, sin cuya ayuda nuestros esfuerzos y buenas intenciones no hubieran podido fructificar.

Hay todavía otro factor que no puedo silenciar, pues su importancia ha sido decisiva: el cuerpo de ayudantes de la Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios y de su hija —ya emancipada— la Clínica Oftalmológica del Hospital R. Barros Luco que dirige el Dr. Contardo, me han estimulado desde hace años y me han ayudado con el máximo entusiasmo en esta empresa, que todos deseamos ver cada día más próspera.

Son, pues, Uds., miembros de la Sociedad Chilena de Oftalmología y colaboradores obligatorios de nuestra Revista, es mi amigo Francisco Saval y es, especialmente, el personal de mi Clínica, que deben sentirse festejados.

Por todos Uds. y por el éxito de Archivos

Revista de Revistas *

- 1.—Métodos generales de diagnóstico.
- 2.—Terapéutica y operaciones.
- 3.—Optica fisiológica, refracción y visión de colores.
- 4.—Movimientos oculares.
- 5.—Conjuntiva.
- 6.—Córnea y esclera.
- 7.—Tracto uveal; enfermedades simpáticas y humor acuoso.
- 8.—Glaucoma y tensión ocular.
- 9.—Cristalino.
- 10.—Retina y cuerpo vítreo.
- 11.—Nervio óptico y ambliopías tóxicas.
- 12.—Vía y centros ópticos.
- 13.—Globo ocular y órbita.
- 14.—Párpados y aparato lagrimal.
- 15.—Tumores.
- 16.—Traumatismos.
- 17.—Enfermedades sistemáticas y parásitos.
- 18.—Higiene, Sociología, Educación e Historia.
- 19.—Anatomía, Embriología y Oftalmología comparada.

2

A WORD OF CAUTION IN USE OF PENTOTHAL SODIUM IN OPHTHALMIC SURGERY.

HAROLD F. FALLS.

Archives of Ophthalmology - Vol. 31 - N.º 2 - p. 13 - February 1944.

El autor ha usado pentothal sódico en 147 casos de intervenciones oculares en soluciones acuosas al 2,5%, por vía endovenosa, con un promedio de 37,8 c.c. en cada intervención.

La droga es peligrosa, por ser depresora del centro respiratorio, no siendo segura en los niños, ya que se necesitan dosis altas para lograr analgesia y el margen de seguridad es pequeño. Igualmente, está contraindicado su uso en los obesos, nefríticos, hepáticos e hipertensos cefálicos.

El pentothal sódico debe usarse en intervenciones que requieran sólo analgesia o intervenciones de corta duración.

El autor tuvo un caso mortal y siete de apenas severas, que aunque pueden atribuirse a errores en la técnica, sirven para hacer notar los peligros de esta complicación.

Las secuelas postoperatorias de la administración del pentothal sódico como náuseas, vómitos, etc., hacen peligroso su empleo en operaciones intraoculares.

* Algunos resúmenes reproducen, traducidos, los que sobre estos trabajos distribuye el Sr. Agregado Cultural a la Embajada de los EE. UU., debidamente autorizados por él para su reproducción en nuestra Revista.

CHEMOTHERAPY IN ACUTE GONOCOCCAL CONJUNCTIVITIS.**L. K. SWEET.****American Journal of Ophthalmology — 25-1487 — December 1942.**

El autor relata 102 casos de conjuntivitis gónocócica. Concluye que el uso de la sulfanilamida debe abandonarse, que el sulfatiazol puede ser tóxico para la conjuntiva y que debe preferirse la sulfapiridina y la sulfadiazina, entre las cuales hay poca diferencia en lo que dice relación con su acción, pero la sulfadiazina es considerada ser menos tóxica.

QUERATOCONJUNTIVITIS TUBERCULOSA TRATADA CON ROENTGENTERAPIA. Terrizzano M. F. y Terrizzano A. J. M. Resumen de W. H. Crisp en el A. J. of Ophth. de Mayo 1944.

Paciente de trece años en la cual la afección tomaba la córnea y la conjuntiva del párpado superior derecho. Una biopsia de la conjuntiva mostraba numerosos folículos tuberculosos. La queratitis intersticial era lo suficientemente densa como para no permitir ver el iris, y la visión estaba reducida a percepción luminosa. Se le había recomendado una enucleación, que fué rehusada.

El tratamiento consistió en cuatro aplicaciones de 200 r. cada una el primer mes. Se repitieron cuatro irradiaciones el segundo mes, dos en el tercero y cuarto mes, y una en el quinto y sexto. Once meses después de iniciado el tratamiento la visión de ese ojo volvió a lo normal a pesar de persistir dos pequeños leucomas corneales.

TRANSFUSIONES DE SANGRE EN OFTALMOLOGIA. Resumen de O. Sitcheva en los Arch. of Ophth. Am. Febrero de 1944, del libro de Oftalmología de la Clínica de Tashkeret. República Soviética Socialista de Uzbek.

Este libro contiene nueve artículos de la Clínica Oftalmológica del Instituto Médico de Tashkerit sobre el valor de las transfusiones de sangre en el tratamiento de las enfermedades oculares. El profesor P. F. A. Arkhangelsky y sus colaboradores han usado transfusiones de sangre desde 1935. Utilizan sangre conservada (de uno a dieciséis días) en pequeñas cantidades (de 75 a 250 c. c.) en intervalos de 10 días entre cada transfusión. Estiman las transfusiones como de acción no específica, posiblemente acelerando el metabolismo de los tejidos y activando el sistema reticuloendotelial.

Usan las transfusiones en diversas afecciones oculares, pero los mejores resultados se obtuvieron en casos de opacidades vítreas de cualquier origen y un poco menos en hemorragias de la retina así como en el operación de catarata por el método extracapsular. También se obtuvieron resultados favorables en pannus tracomatosos y queratitis asociadas a herpes zóster mediante el agregado de inyecciones subconjuntivales de sangre (0.5 a 1.5 c. c.). Uno de los autores (Meschersky) describe dos tratamientos de restos de masas en la cámara anterior después de la pacientes con glaucoma crónico que respondieron bien a las transfusio-

nes de sangre, pues la tensión bajó y la agudeza visual y los campos visuales mejoraron. Algunos pacientes con blefaritis rebeldes a todo tratamiento mejoraron considerablemente con las transfusiones. La transfusión, sin embargo, no es una panacea, manifestando los autores que debe sólo ser empleada como un último resorte terapéutico.

SULFONAMIDA COMPOUNDS IN TREATMENT OF LOCAL OCULAR CONDITIONS.

ALSON E. RABDLEY. — Canadian Ophthalmologic Society-Archives of Ophthalmology.

Vol. 31, N.o 3, pág. 262, March 1944.

El autor expone los resultados obtenidos en 568 casos de conjuntivitis aguda y crónica tratados con sulfatiazol, sulfadiazina, sulfapirazina, sulfametazina, y penicilina en forma de aceite.

Los compuestos de sulfonamida fueron usados en una concentración al 5% y las sales sódicas, béricas o cálcicas de la penicilina en una concentración equivalente a 250 a 500 unidades Florey por gramo en solución acuosa. El tratamiento fué administrado cada 4 horas.

Conjuntivitis Agudas (126 casos)

Los organismos más comúnmente encontrados fueron el estafilococo dorado, el neumococo y el bacilo de la influenza. Casi todos los preparados de sulfonamida dieron buenos resultados, siendo la conjuntivitis estafilocócica aguda la más resistente.

Conjuntivitis crónica catarral

Estos casos fueron mejor controlados por el uso local de sulfatiazol en forma continua; con la interrupción de la droga se produjeron recaídas. A veces el cambio a una sulfonamida diferente tuvo un efecto pronunciado. Cuando se encontró estafilococos en los cultivos mientras se usaba sulfatiazol, la penicilina fué notablemente efectiva, siendo tal vez la droga de elección. Hubo 4 casos de fracaso terapéutico. El sulfatiazol fué más efectivo que la penicilina contra el diplobacilo. En el tratamiento de las conjuntivitis crónicas membranosas estreptocócicas ninguna de las drogas dió resultados. En los casos de infección neumocócica tanto la penicilina como el sulfatiazol fueron efectivos.

Blefaritis crónica

En 24 casos que se usó sulfatiazol 9 tuvieron recidivas. En estos casos se empleó el tratamiento con algunas de las otras drogas.

El estafilococo y el diplobacilo fueron los gérmenes más comunmente encontrados. La sulfadiazina sódica dió mejores resultados que el sulfatiazol. La penicilina fué la más efectiva contra los estafilococos.

USO CLINICO DE LA PENICILINA.

PROF. HERNAN ALESSANDRI Y DR. RENATO GAZMURI.

Revista Médica de Chile N.o 9, página 813, Septiembre 1944.

La penicilina actualmente utilizable en Clínica se presenta en forma de sal sódica o cálcica, que por ser higroscópicas vienen en ampollitas cerradas al vacío, que deben conservarse en frío (temperaturas inferior-

res a 5 ó 10 grados), teniendo una duración mínima de seis meses. Se presenta como un polvo amarillo más o menos obscuro, del cual sólo el 10 a 20% es penicilina pura, de tal modo que una ampollita de cien mil unidades contiene más o menos entre 30 a 40 centigramos de substancia.

La penicilina actúa especialmente sobre los gérmenes Gram positivos, la mayoría de los Gram negativos con excepción del grupo neisseria (meningococo) son refractarios a esta droga.

La mayor parte de los gérmenes susceptibles a los sulfamidados son también sensibles a la penicilina, pero ésta tiene varias ventajas sobre los primeros:

1.—Acción enormemente más intensa. 2.—La actividad de la penicilina no es influenciada o sólo lo es en grado menor por la cantidad de gérmenes que deben ser inhibidos. 3.—No es inactivada por productos de hidrólisis de la proteína o por el pus. 4.—Su poder tóxico está muchas veces por encima de las más altas dosis terapéuticas empleadas.

La penicilina tiene como los sulfamidados y derivados acción bacterioestática sobre los gérmenes y en ciertas circunstancias bactericida, actúa especialmente sobre el momento de la multiplicación.

La droga se absorbe con facilidad por la vía digestiva, pero es destruida por el ácido clorhídrico del estómago y por los gérmenes del grupo coli en el intestino grueso, por lo cual esta vía no es susceptible de ser empleada actualmente; por tanto, debe usarse la vía endovenosa o intramuscular.

La penicilina se elimina con rapidez por el riñón, de ahí la necesidad de usar dosis fraccionadas cuando se hace la terapia general, en inyecciones intramusculares cada 2, 3 ó 4 horas día y noche, o bien en infusión gota a gota por vía endovenosa.

La penicilina no tiene el poder de difusión de los sulfamidados; no difunde a las cavidades naturales del cuerpo como tampoco a algunas formadas artificialmente; de ahí que el tratamiento de procesos inflamatorios de las meninges, pleura, pericardio, articulaciones, etc., debe hacerse con aplicación local de penicilina, asociada o no al tratamiento general.

Los gérmenes pueden adquirir resistencia a la penicilina, que se acompaña de disminución más o menos proporcional de la virulencia de los gérmenes y por otra parte esta adquisición de resistencia para la penicilina no hace perder la sensibilidad para los sulfamidados y aún existe la impresión que los gérmenes que adquieren resistencia a la sulfamida se hacen más sensibles a la penicilina.

Un control bacteriológico inicial bien hecho es condición importante para un buen tratamiento y controles bacteriológicos repetidos, parecen indispensables para una terapia racional. Existe pues la necesidad de una íntima colaboración entre médicos y bacteriólogos cuando se hace un tratamiento con penicilina.

Las dosis diarias varían entre 1.000 a 400.000 unidades y las totales entre 100.000 y 8.000.000 de unidades (la unidad se define como la cantidad de penicilina contenida en 1 c. c. de determinada solución compensadora).

La penicilina se expende en ampollas de 25.000, 50.000, 100.000 y un millón de unidades destinadas a usarse diluidas en 10 a 20 c. c. de suero

fisiológico, solución isotónica de glucosa o agua destilada, que deben mantenerse a menos de 5° de temperatura y debe usarse dentro de las 24 horas o cuando más dentro de las 48 horas siguientes.

Las indicaciones actuales de la droga, pueden ser esquematizadas, según Keefer y colaboradores, en la siguiente forma:

1.—Todas las infecciones estafilocócicas con y sin bacteriemia: osteomielitis agudas, furunculosis, abscesos de tejidos blandos, meningitis, trombosis del seno cavernoso o laterales, neumonía y empiema, absceso renal, heridas infectadas.

2.—Todas las infecciones debidas a clostridios: edema maligno, gangrena caseosa, sepsis puerperal.

3.—Todas las infecciones debidas a estreptococo hemolítico sean bacterémicas o infecciones locales graves: celulitis, mastoiditis con complicaciones endocraneanas, neumonía y empiema, septicemia y peritonitis.

4.—Todas las infecciones estreptocócicas anaerobias: sepsis puerperal.

5.—Todas las infecciones neumocócicas de meninges, pleura endocardio y todos los casos de neumonía neumocócica resistente a los sulfamidados.

6.—Todas las infecciones gonocócicas complicadas por artritis, oftalmía, endocarditis, peritonitis, epididimitis y todos los casos de blenorragia resistentes a los sulfamidados.

En otras enfermedades tales como la sífilis, actinomicosis y endocarditis bacteriana subaguda, el tratamiento con penicilina se encuentra en su etapa experimental, aunque se ha demostrado como eficaz, pero su acción no ha sido establecida en forma definitiva. La droga es de resultados dudosos en infecciones peritoneales y de otros órganos en donde predominan los gérmenes Gram negativos, como los apéndices ulcerados, los abscesos hepáticos y ciertas infecciones de las vías urinarias y también en las enfermedades determinadas por mordeduras de ratas y debidas a estreptobacilos moniliformes.

Agentes y enfermedades susceptibles a la penicilina.

Gonococo (Gram negativo), Meningococo (Gram negativo), Neumococo, Estreptococo hemolítico, Estreptococo anaerobio, Estreptococo viridans, Estafilococo dorado, Clostridium Welchii, B. histolítico, B. oedematiens, Bacillus anthracis, Corinae diphtheriae, Spiroqueta palidum, Actinomicetes bovis (?); Espiroqueta de la fiebre recurrente, Bacilo subtilis, Clostridium botulínico, Clostridium tetánico, Clostridium perfringens, vibrión colérico, Micrococo, Estreptobacilos moniliformes, Leptospira icterohemorrágica, Spirillum minus, Virus de la psitacosis, Virus de la ornitosis.

Agentes y enfermedades resistentes o poco susceptibles.

Hemophilus influencias, Bacilo coli, Bacilo de Eberth, Bacilo disenterico, Bacilo proteus, Bacilo enteriditis, Bacilo piocianico, Bacilo fluorescens, Bacilo prodigiosus, Bacilo de Friedlander, Estafilococo blanco (?), Micrococcus albus, Monilia albicans, Monilia Kruzei, Monilia cándida, Estreptococo faecalis, Bacilo de Koch, Plasmodium malaria, Tularemia, y Coccidiomicosis.

La penicilina puede aplicarse por vía local y por vía general.

La vía local es de alta eficacia y puede asociarse a la administración por vía general y está indicada para el tratamiento de lesiones localizadas accesibles e infecciones de cavidades a las que la penicilina no penetra cuando es administrada por vía general. En las lesiones locales

accesibles se puede usar en diferentes formas, a saber, como polvo seco de penicilina-calcio de baja potencia o polvos compuestos de penicilina cálcica mezclados con sulfanilamida o sulfatiazol, en concentración de 2.000 a 5.000 unidades de penicilina por gramo. También pueden usarse soluciones de penicilina en suero fisiológico a concentración de 250 a 1.000 unidades por c. c. y por último se puede emplear una pasta compuesta de lanolina, aceite de castor y agua con 150 a 250 unidades de penicilina por gramo o incorporada a la vaselina a concentración de 250 a 800 unidades por gramo. En las infecciones cavitarias se emplea una solución de penicilina en suero fisiológico con 1.000 unidades por centímetro cúbico, para infecciones del sistema nervioso central, cavidades pleurales, pericardio, articulaciones y abscesos diversos. En las infecciones cerebro-meningeas se aconseja retirar 10 a 20 c. c. de líquido céfaloraquídeo e inyectar igual cantidad de solución de penicilina. En las otras cavidades serosas se debe retirar el mayor volumen posible de exudado e inyectar 30 a 50 c. c. de la solución de penicilina.

La vía general está indicada en las afecciones de carácter general y en las locales de carácter grave. Se usa por vía parenteral (subcutánea, intramuscular, endovenosa e intraósea). La vía intramuscular es actualmente el método de elección, ya en forma intermitente cada dos o tres horas de soluciones de penicilina conteniendo 5.000 unidades por centímetro cúbico o bien en forma continua por medio de una mioclisis con o sin intervalos de 4 horas, a razón de 100.000 unidades por litro. Las ventajas de la inyección intramuscular intermitente están en que con ella se obtienen más altas concentraciones más largo tiempo mantenidas que con la vía endovenosa. La vía endovenosa, puede hacerse inyectando en forma continua durante las 24 horas o fraccionadamente por periodos de 8 horas y con 4 horas de descanso, en dispositivo de gota a gota, en concentraciones de 100.000 unidades por litro en suero fisiológico o glucosado o sangre citrada. Para un correcto empleo de la penicilina debe hacerse un diagnóstico bacteriológico, controles bacteriológicos seriados de la sangre y las serosidades, control clínico esmerado, exámenes hematológicos seriados y control de las concentraciones de la penicilina en la sangre y tal vez en otros humores.

La penicilina debe suspenderse al obtener la desaparición de los gérmenes con mejoría clínica evidente y normalización del hemograma con ascenso de los glóbulos rojos.

En seguida los autores exponen algunos esquemas de tratamiento para diversas afecciones.

(Se acompaña bibliografía).

3

ANISEIKONIA. (A Review of 200 consecutive cases examined on the eikonometer).

AVERY M. HICKS.

Archives of Ophthalmology - Vol. 30 - N.º 3 - p. 298 - 1943.

Según el autor, de cada cinco pacientes con síntomas astenópicos, que no han mejorado con la corrección de su vicio de refracción o de su desequilibrio muscular, uno puede ser mejorado corrigiendo la aniseikonía.

La aniseikonia es aceptada en forma escéptica por los oftalmólogos, debido a varios factores:

a) Los síntomas de aniseikonia son sólo subjetivos, y por ello pueden ser aliviados por sugestión;

b) Los síntomas son similares a los producidos por vicios de refracción o desequilibrio muscular, siendo los más comunes las cefaleas, la fatiga de los ojos, la tendencia al vértigo y a las náuseas, mareos de viajes, etc.;

c) Hay pacientes con un grado relativamente bajo de aniseikonia que no presentan síntomas, y también hay personas que no tienen aniseikonia o ella es muy ligera, pero que pueden tolerar diferencias provocadas artificialmente en el tamaño de las imágenes sin presentar síntomas.

d) Cierta número de pacientes que sufren de los síntomas mencionados y tienen una aniseikonia considerable, no obtienen mejoría al ser corregida la aniseikonia.

La aniseikonia es un defecto real de la visión binocular que causa síntomas que mejoran con el uso de cristales adecuados.

El autor ha examinado con el eikonómetro sujetos que no habían mejorado de sus síntomas con el uso de cristales correctores de sus vicios de refracción o de desequilibrios musculares, o bien combinación de ambos.

Hay tres tipos de aniseikonia, los cuales pueden ser medidos por el eikonómetro:

1.—La imagen de un ojo es simétricamente más grande o más chica que la del otro ojo.

2.—Las dos imágenes son del mismo tamaño en un meridiano, pero desiguales en otros meridianos.

3.—Una combinación de las formas anteriores.

En los primeros 200 pacientes que fueron examinados por aniseikonia y que no tenían ninguna afección ocular o general definida, 86 tenían un grado de aniseikonia capaz de producir síntomas. El autor no ha encontrado personas con menos de 1% de diferencia en el tamaño de las imágenes, que obtenga alivio por la corrección de su aniseikonia, las posibilidades de éxito son mayores si la aniseikonia es de 1.50% ó más.

El máximo de aniseikonia compatible con visión binocular simple es más o menos 5%.

De los 86 pacientes en quienes se encontró una diferencia de tamaño de 1% ó más, 39 obtuvieron disminución o completa mejoría de los síntomas, mientras usaron cristales adecuados para corregir la aniseikonia.

Las personas afectas de aniseikonia pueden ser divididas en 3 grupos:

1.—El grupo mayor está formado por aquéllos cuya refracción es más o menos igual en ambos ojos y cuya aniseikonia es la misma para cerca y lejos.

2.—Este grupo comprende aquellos casos que tienen una anisometropía considerable, cuya corrección produce síntomas que son mejorados al corregir la aniseikonia.

3.—El último grupo está formado por las personas que tienen un grado relativamente bajo de aniseikonia para la visión de lejos, pero un grado alto de aniseikonia meridional a 180° para el punto cercano.

5

ARRIBOFLAVINOSIS AS A PROBABLE CAUSE OF VERNAL CONJUNCTIVITIS.**LUIS CASTELLANOS.****Archives of Ophthalmology — Vol. 31 — N.º 3 — p. 214 — March 1944.**

El autor cree que la causa de conjuntivitis primaveral es una deficiencia de riboflavina debida a una destrucción más rápida de las vitaminas por los rayos ultravioletas del sol o a la demanda de una mayor cantidad de vitamina durante la estación del calor. Basa esta afirmación en los resultados que ha obtenido con el tratamiento con riboflavina en 105 pacientes, de los cuales un 92% obtuvo una inmediata mejoría de su afección, y por otra parte, las manifestaciones oculares de arriboflavinosis son similares a las que se presentan en la conjuntivitis primaveral.

Concluye que la arriboflavinosis puede ser la causa de la conjuntivitis primaveral.

6

THE TREATMENT OF HERPETIC and DENTRITIC ULCERS.**F. O. SCHWARTZ.****American Journal of Ophthalmology - 26 - 394 - April 1943.**

El autor relata casos de úlceras herpéticas y dentriticas de la córnea, encontrándose en todos ellos focos de infección en las amígdalas, dientes o cavidades sinusales, existiendo relación indudable entre ambos procesos, ya que las lesiones corneales fueron resistentes a todo tratamiento hasta que los focos fueron extirpados.

El autor concluye que un virus no identificado, el cual puede tener su origen en los focos de infección, debería ser considerado como factor etiológico en la producción de las queratitis herpéticas y dentriticas.

METABOLISMO DE LA CORNEA. ESTUDIO DEL CONSUMO DE OXIGENO EN CORNEAS DE RATAS EN AVITAMINOSIS A Y ARIBOFLAVINOSIS. Otis S. Lee, Jr., M. D. and William M. Hart, Ph D. — Iowa City. A. J. of Ophth. — Mayo de 1944.

Estudian el consumo de Oxígeno por medio del respirómetro de Warburg y micromanómetros diferenciales en 60 ratas en arriboflavinosis, 25 en avitaminosis A y 125 controles normales. Estudian primero la córnea en totalidad y después por separado el epitelio externo y el estroma.

1.º—Córnea normal: Encuentran que el consumo de oxígeno del epitelio puro es muy grande y rápido, lo cual tiene gran importancia y explica la rápida generación del epitelio normal. En cambio el metabolismo del estroma o parénquima es muy bajo.

2.º—Córnea en arriboflavinosis: Tomando en consideración la córnea en totalidad cuando la carencia de vitamina B2 comienza el con-

sumo de oxígeno es bajo, otro tanto ocurre en el epitelio y estroma tomados por separado. En cambio cuando la avitaminosis es avanzada el consumo total de oxígeno es igual o mayor que el normal tomando la córnea en conjunto; en cambio es menor en el epitelio y mucho mayor en el parénquima, debido a la vascularización de éste.

3.0—Avitaminosis A.: En estas ratas el consumo de oxígeno casi no varía o es mayor en ambas capas corneales.

ETER EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CORNEALES. Kalfa, F. S. Resumen de Ray K. Daily, en el *A. J. of Ophth* de Marzo de 1944.

El autor trata 25 casos de queratitis (seis casos de queratitis herpética, cuatro disciformes, tres erosiones recurrentes, seis traumáticas, una úlcera corneal, una erosión corneal, un pannus tracomatoso) con tocaciones locales de éter con resultados satisfactorios. El único caso en que no fué efectivo fué en una úlcera serpiginosa.

Las aplicaciones de éter tienen la ventaja de ser analgésicas y no dolorosas, como el iodo. Relata entre otros, un caso de herpes corneal secundario a una extracción de catarata que cedió rápidamente con tocaciones de éter.

9

NOTE ON INTRACAPSULAR EXTRACTION OF CATARACT BY WEBER'S LOOP AS A ROUTINE METHOD.

D. D. SATHAYE.

Indian J. Ophth. - 9 (Jan) 1943.

La incisión corneal habitual es practicada con un largo y estrecho puente conjuntival y se hace iridectomía. Una asa de Weber se introduce dirigida oblicuamente hacia atrás a través de la incisión hasta que alcance un punto en la mitad del vítreo y más o menos opuesto al polo posterior del cristalino. Por depresión del mango el cristalino queda apretado contra la superficie posterior de la córnea, entre la córnea y el asa. En otras palabras, el cristalino es extraído del ojo por el asa. Este método no ha sido usado en 38 casos con buenos resultados. En un caso hubo pérdida de vítreo y en otro la cápsula del cristalino se rompió.

CATARACT PRODUCED BY ANOXIA.

JOHN BELLOWS, M. D., PH. D. AND DOROTHY NELSON, PH. D.

Archives of Ophthalmology — Vol. 31 — N.º 3 — p. 250 — March 1944.

La necesidad más vital de los tejidos es un adecuado aporte de oxígeno. Los tejidos que poseen un aporte sanguíneo están bañados en un medio que contiene oxígeno en concentración de 13 a 19 volúmenes por ciento, lo que es posible gracias a la hemoglobina de los glóbulos rojos. El contenido de oxígeno en las soluciones físicas en los cuerpos fluidos es extremadamente pequeña, así el humor acuoso tiene de 0,09 a 0,12

volúmenes por ciento. Las necesidades del acuoso son posibles por una rápida difusión desde el cuerpo ciliar y por el pasaje de oxígeno de la atmósfera a través de la córnea.

Los autores han colocado ratas en una cámara de acero en la cual la presión fué gradualmente reducida hasta llegar a ser igual a la existente a una altura de 30.000 pies o más. Cuando las condiciones fueron bastante severas, como para que el 50% de los animales muriese, se encontró que el 75% de los animales muertos y cerca del 10% de los sobrevivientes tenían opacidades del cristalino. El que la catarata era debida a la anoxia y no a la presión se demostró en experiencias de control, colocando ratas en cámaras de cristal arregladas para permitir el paso constante de una mezcla de gases consistente en 5% de oxígeno y 95% de nitrógeno, a una presión igual a la existente a nivel del mar. Las ratas también tenían opacidades en el cristalino, pero en un grado menor.

Histológicamente la catarata debida a anoxia presenta vacuolas bajo el epitelio, alteraciones en el núcleo y exudados en la cápsula lenticular.

Con iluminación oblicua se aprecian opacidades pequeñas, difusas, grises en la parte superficial de la corteza, cambios que empiezan con opacificación de las suturas anteriores, gradualmente las opacidades se extienden hacia la periferia. Cambios similares suceden en la corteza posterior aunque menos acentuados.

La opacidad duraba entre tres cuartos de hora y una hora y entonces gradualmente regresaba, siendo el orden de regresión exactamente el contrario del curso del desarrollo.

Uno de los autores no encontró cambios en el cristalino de voluntarios humanos colocados en la cámara de decompresión sujetos a una reducción de presión de un nivel equivalente a la altura de 18.000 pies.

16

WAR INJURES OF THE EYE. Culler A. M. Noviembre de 1943.

Res. en el *A. J. of Ophth.* por Ch. A. Bahr. Abril de 1944.

El autor revisa 118 casos tratados en el Hospital de una base naval del Pacífico Sur. Hace ver la semejanza que hay entre los problemas oftalmológicos civiles y militares. Los vicios de refracción, las úlceras corneales, iritis, etc., son los responsables de nueve de cada diez casos de incapacitación.

Las heridas de guerra más frecuentes son las provocadas por schrapnels, generalmente binoculares y múltiples. El tratamiento recomendado para estos casos es una cuidadosa extracción de las partículas extrañas, sulfamidados por vía oral, atropina, pomada de sulfathiazol al 5% y compresas continuadas frías. Las quemaduras son especialmente frecuentes

en esta guerra debido al uso de bombas incendiarias. Recomienda la inmovilización precoz de los párpados con suturas e injertos de piel. Los traumatismos del globo ocular son frecuentes en todos los accidentes de la cabeza, especialmente los que lesionan la cavidad craneal. A menudo se encuentran agujeros de la coroides con su secuela la coriorretinitis proliferante traumática, especialmente de la zona papilomacular.

LA LLAMADA "VISION NEGRA" Y "VISION ROJA" DE LOS AVIADORES. Esteban, Mario. Resumen de J. Wesley Mc Kinney en el A. J. of Ophth. Abril 1944.

El estudio de los efectos de la fuerza centrífuga en el cuerpo humano ha sido estimulado por la importancia de la aviación en la guerra moderna. En el bombardeo en picada y en el loop normal la cabeza se mantiene adentro y los pies afuera en relación con la curva realizada por el aeroplano. El desplazamiento de la sangre se hace desde la cabeza hacia el abdomen y extremidades inferiores, causando isquemia de la cabeza. La circulación retinal sobre todo es susceptible de quedar exangüe por efecto de la fuerza centrífuga y da el primer síntoma peligroso antes del desarrollo de los demás. Las formas y los colores desaparecen. Aparece un velo frente a los ojos dando origen al fenómeno de la "visión negra". Entonces, si la acción de la fuerza centrífuga persiste se produce una pérdida total de la conciencia que dura sólo un momento hasta que el piloto sale de la vuelta, con lo que desaparece la fuerza centrífuga.

Mucho más peligroso es cuando en los loops hacia afuera el abdomen y las piernas están adentro y la cabeza fuera del círculo. Entonces la sangre y el líquido cerebroespinal se desplazan hacia la cabeza, con el consiguiente aumento de la presión intracraneal e intraocular. El piloto experimenta una repleción de las arterias cefálicas con brusca aparición de cefalea seguida de pérdida del conocimiento. Esta última dura sólo algunos momentos, pero la cefalea puede persistir algunas horas. A veces aparecen equimosis de los párpados, conjuntivas y mejillas y existe un peligro real de hemorragias cerebrales. Sin embargo, la circulación retinal es protegida por un aumento de la presión intraocular, por lo que las hemorragias retinales son raras.

TRATAMIENTO DE LOS OJOS LESIONADOS POR GAS MOSTAZA. Resumen de Gertrude S. Haussmann en el A. J. of Ophth. Marzo de 1944.

El cuadro clínico de la quemadura por gas mostaza presenta tres etapas: 1.a de impregnación, 2.a o de estado y 3.a de recuperación. La primera se caracteriza por una impregnación lenta del ojo por el gas, sin dolores ni molestias, que dura de una a tres horas. El periodo agudo comienza bruscamente con hipersecreción de la conjuntiva y de las glándulas lacrimales, edema de los párpados y cierre de la hendidura palpebral. Esto dura de dos a cinco días. En la recuperación el edema de los párpados desaparece poco a poco pero la secreción y fotofobia persiste a veces durante semanas o meses.

Bonnefon, en la guerra pasada irrigaba los ojos con soluciones salinas tibias hipertónicas de sulfato de sodio, lo que provocaba un drenaje osmótico, tratamiento que se mantenía hasta que desaparecían por completo la fotofobia y secreción. Cocaína no debe usarse nunca porque puede dañar el epitelio. No deben usarse nunca tampoco ni parafina ni gotas aceitosas cuando exista aún una mínima cantidad de gas mostaza pues son disolventes de éste pudiéndose provocar graves lesiones.

Revista de Tesis

INVESTIGACIONES SOBRE LA ETIOLOGIA DEL DESPRENDIMIENTO RETINAL EN LOS INDIVIDUOS JOVENES

ALFREDO VILLASECA ESCOBAR. Clínica Oftalmológica Hospital del Salvador. Tesis de prueba.

Reúne y estudia el autor 26 casos de desprendimiento retinal idiopático en individuos menores de 40 años, investigando hasta dónde es posible la etiología de cada uno de ellos.

Las conclusiones a que arriba, difieren en algo de las clásicas. Un 64% de los casos son de etiología puramente miópica, predominando en éstos la alta miopía. Un 28% fueron provocados por traumatismos. En un caso fué indiscutible la etiología tuberculosa, en un enfermo cuyo desprendimiento no era idiopático, sino intermedio entre éstos y los secundarios por presentar, además, corioretinitis y secuelas de flebitis retinal. No pudo inculpar como causales de desprendimiento, en ninguno de sus casos, a la sífilis, las alteraciones endocrinas, el estado cardiovascular, la insuficiencia hepática y renal, las infecciones focales ni a la herencia, (piensa, con Duke Elder, que lo que se hereda es más la tendencia a la miopía que al desprendimiento).

Concede la mayor importancia a los traumatismos asociados a la miopía. De 25 de sus casos, 18 son miopes (72%), concluyendo que el traumatismo a menudo sólo es causa desencadenante sobre una retina pre-dispuesta.

En cuanto al tipo de desgarro hallado, en relación a la causa, encuentra que de 7 desinserciones, 5 fueron producidas por traumatismos, y que estos últimos sólo tuvieron acción secundaria en la producción de desgarros redondos o en herradura.

Dr. F. G. S.

Libros

EL GLAUCOMA, por el Dr. Angel Moreu, Editorial Salvat, 178 páginas en rústica, 1943.

El autor califica su obra como una monografía. Aunque dedicada a los médicos generales, como un pequeño aporte al diagnóstico precoz del glaucoma, es todo un compendio, que puede ser útil aún a especialistas. Probablemente no encontremos en él nada nuevo, pero su utilidad es indiscutible, sobre todo para los oftalmólogos que se inician, ayudándoles a ordenar los conocimientos que, sobre esta grave afección ocular, tienen todos a través de su experiencia en las Clínicas o de lecturas de los textos de Oftalmología o de artículos publicados en revistas de la especialidad. Es un manual sencillo, ameno y libre de palabrería inútil, que resume en forma eficaz los últimos conocimientos, en especial en lo que se refiere a diagnóstico precoz y tratamiento médico del glaucoma, permitiéndonos así obtener un concepto total y ordenado sobre la afección en pocas horas de fácil lectura.

El Dr. Moreu hace especial hincapié en la necesidad de utilizar el máximo de métodos de examen disponibles para diagnosticar precozmente la enfermedad, pues de la suma de varios de ellos es que fluye el diagnóstico.

Resume estos métodos en:

1º.—Determinación de la tensión ocular, haciendo curvas diarias, pruebas de agravación, etc.;

2º.—Angioscotometría;

3º.—Campo visual (búsqueda de escotomas, repitiendo los exámenes con índices cada vez más pequeños y de color);

4º.—Examen de fondo de ojo;

5º.—Determinación de la presión arterial retinal en relación con la humeral;

6º.—Determinación del reflejo pupilar diferencial fotomotor;

7º.—Determinación del sentido luminoso y adaptación a la obscuridad; y

8º.—Examen gonioscópico y prueba de la eliminación de la fluoresceína.

Según el autor, si una de estas pruebas es positiva, hay que sospechar un glaucoma, si dos más son positivas, el diagnóstico se confirma.

Como tratamiento recomienda el empleo de antisifiliticos en todos los individuos jóvenes, y si en ellos las reacciones serológicas son negativas, hacer por lo menos tratamiento de prueba. En los enfermos de más edad, además de los mióticos corrientes, recomienda el ginergeno, vía bucal, subcutánea o en inyecciones subconjuntivales; la acetilcolina en dosis de 0,2 a 0,4 miligramos; vagotonina, complejo calciomagnésico, y, especialmente, el lacarbol vía bucal, en inyecciones subconjuntivales o en instilaciones oculares.

TRABAJOS PUBLICADOS EN 1942, por el Dr. M. ARRUGA.—Barcelona, España, 1942.

El autor ha juntado en un libreto ocho artículos publicados en 1942. El primero de ellos dice relación con los instrumentos quirúrgicos que el autor ha introducido en la Especialidad, como la pinza para la extracción

intracapsular de la catarata con sus modificaciones posteriores, el instrumental para dacriocistorinostomías, etc.

En otros artículos se refiere al desprendimiento de retina, haciendo notar que esta afección no puede producirse a menos que la retina esté alterada, estando en relación el pronóstico con los cambios retinales producidos. En la cura del desprendimiento retinal la retina tiene un papel pasivo, es la coroides la que produce las adhesiones corioretinales y produce la reabsorción del líquido subretinal.

El autor ha usado la vitamina C después de la extracción de catarata, con lo que ha logrado una disminución de un 20% de las complicaciones hemorrágicas post-operatorias.

Ha practicado la neurotomía óptico-ciliar con éxito en un caso de hemorragia expulsiva consecutiva a una operación de Lagranje en un glaucoma absoluto.

Especialmente interesante es la descripción del aparato de Norden-son al cual se adapta una cámara Zeiss para la fotografía en colores del fondo de ojo.

Dr. R. C. A.

DISEASES OF THE EYE

JOHN HERBER PARSONS.

10.a Edición.

J. y A. Churchill Ltda. — Londres, 1944.

Se analiza primeramente la anatomía y fisiología del ojo, para luego tratar los métodos de examen y las enfermedades oculares y de los anexos, como también los errores de refracción, las anomalías de acomodación, los trastornos de la motilidad, las enfermedades sintomáticas y la oftalmología preventiva (causas y prevención de la ceguera).

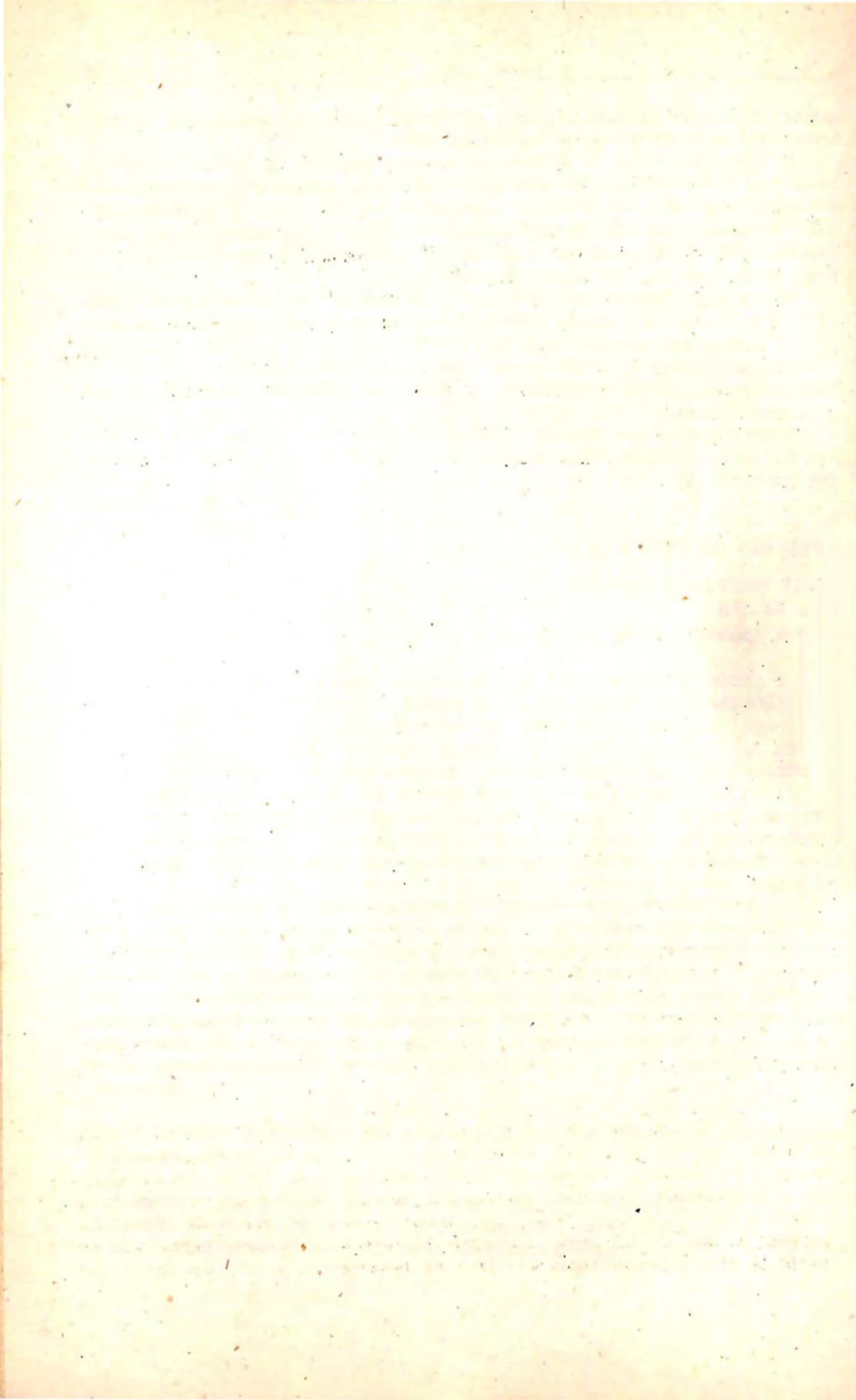
Es un libro dedicado a los estudiantes, los prácticos generales y los cirujanos jóvenes de ojos, puesto al día con los últimos avances de la Oftalmología, ya sea en la parte anestésica local o general y también en la Terapéutica, en lo que dice relación con las vitaminas y los sulfamidados.

El libro está ilustrado con 21 láminas en colores y 372 figuras.

Los diversos temas están tratados en forma concisa y práctica, pero a la vez muy completa, siendo objeto de especial dedicación de parte del autor la parte quirúrgica, que está ilustrada con numerosas figuras.

Trae varios apéndices que tratan sobre la investigación preliminar del enfermo, terapéutica y sobre las condiciones que se le exigen a los candidatos para ser admitidos en los servicios públicos (Ejército, Marina y Aviación).

Dr. R. C. A.



Sociedad Chilena de Oftalmología

Sesión del 30 de Agosto de 1944

Asistencia.—Profs. Charlin, Martini, Verdaguer; Dras. Thierry, y Candia; Dres. Barrenechea, Contardo, Wygnanki, Costa, Arentsen, Camino, Santos, Peralta, Gormáz, Moya, Brinck, González, Millán, Arroyo, Jalluff, y Monasterio.

Acta de la sesión anterior aprobada sin modificaciones.

Cuenta.—Se lee una carta del Prof. Moacyr Alvaro en la que anuncia el propósito del Prof. Gradle de Chicago de hacer una gira por algunos países sud-americanos que incluiría el nuestro. Se acuerda invitarlo oficialmente en nombre de la Sociedad a dar algunas conferencias en ésta.

El Dr. Gormaz presenta su renuncia al cargo de secretario por tener que ausentarse por un año del país. Se nombra en su reemplazo al Dr. Millán. Este agradece el honor que se le confiere y promete esforzarse por desempeñar con esmero las labores del secretariado.

Tabla.—La Dra. Candia presenta numerosos niños observados en el Hospital Arriarán afectos de querato-conjuntivitis esofulosa, en la mayoría de los cuales no se había obtenido beneficio alguno con otros tratamientos. Muchos de ellos estuvieron largo tiempo hospitalizados y sometidos a las terapéuticas usuales antes de que fuese empleada la tuberculino-terapia que determinará su curación.

El Prof. Charlin recalca la importancia de que los niños sean examinados por el tisiólogo, como requisito previo al empleo de la tuberculina, dada la frecuencia de lesiones pulmonares activas que contraindican el tratamiento. Recuerda, sí, que hay tisiólogos que emplean la tuberculina en enfermos tuberculosos. Agrega que la simple adenopatía no constituye una contraindicación a la tuberculino-terapia llevada con cautela.

En seguida el Dr. Contardo lee un interesante trabajo, realizado en conjunto con el Dr. Barrenechea, sobre dos casos de uveítis asociada a alopecia, vitiligo, poliosis y disacusia. Se trata de dos enfermas en quienes todos los exámenes fueron negativos, existiendo, sí, groseras lesiones dentarias, cuya eliminación —asociada al tratamiento general— mejoró en uno de los casos el cuadro clínico. La adición de ácido para-ánimo-benzoico y pantotenato de calcio aceleró la salida de pelo de color negro. Uno de los casos, pasado el período inflamatorio, hubo de ser sometido a tres intervenciones (iridectomía, extracción intra-capsular de catarata bilateral y pupilotomía) no presentando reacciones desfavorables y quedando con una visión de 0,4 parcial y Jäger 2, con la corrección adecuada. Los autores no creen que este síndrome de Vogt-Koyanagi tenga un origen tuberculoso.

(Se publica in extenso en el presente número).

El Dr. Millán muestra un enfermo con microftalmos puro en el cual contrasta con la exigüidad del globo, la córnea con sus diámetros normales (11,8 mms.); declara que podría considerarse, por lo tanto, como un microftalmos posterior, en contra-posición al llamado microftalmos anterior en el que sólo existe una micro-córnea. El radio de curvatura corneal es sólo de 6,2 mms., aumento de curvatura que compensa sólo en parte la alta hipermetropía (15 Ds.) Es notable el aspecto del fondo por

la marcada pseudo-papilitis; no hay lesiones maculares. La visión es de 1/100 consiguiendo mejorar a 5/20 y a Jäger 2 a 15 cms., con lentes (15 Ds.) Anota que la hipermetropía es la ametropía corriente en estos ojos, aun cuando la literatura relata casos de microftalmos con altas miopías, dependientes, quizás, de graves alteraciones corneales o lenticonus. Recuerda que el glaucoma es una complicación frecuente, complicación que no es de temer en el caso expuesto por no haber micro-córnea.

Por último el Dr. Gormaz exhibe un exoftalmómetro de su invención. Se trata de un instrumento compuesto de dos brazos verticales unidos a una barra horizontal. Estos brazos terminan en una muesca para adaptarse al ángulo externo del reborde orbitario, desplazándose uno de ellos en el plano horizontal para acomodarse a los diferentes individuos. Un tercer vástago, graduado, desplazable —gracias a un doble curso— tanto en el sentido vertical como en el horizontal, termina en una plaquita cóncava adaptable a la superficie de la córnea.

La medición se hace colocando al individuo en decúbito dorsal siendo necesario anestesiar la córnea previamente. Una vez fijos los brazos laterales en el reborde de ambas órbitas, se desplaza el tercer vástago y se coloca suavemente sobre una y otra córnea; el mayor o menor desplazamiento sobre la regla horizontal da la ubicación del globo con respecto al plano anterior de la órbita.

El instrumento del Dr. Gormaz merece una general aprobación de los médicos presentes.

Se levanta la sesión.

Sesión del 4 de Octubre de 1944.

Asistencia.—Profs. Charlin, Martini, Gutmann y Verdaguer; Dras. Thierry y Candia; Dres. Barrenechea, Contardo, Peralta, Bitrán, Brinck, González, Jaluff, Charlin, Wagnanski, Arroyo, Gormaz, Selman, Santos, Brücher y Millán.

Acta de la sesión anterior aprobada sin modificaciones.

Cuenta.—Se lee una carta del Dr. Jean Thierry en la que agradece su nombramiento de director honorario del comité de redacción de la revista "Archivos chilenos de oftalmología".

El presidente, Dr. Martini, felicita al Prof. Verdaguer por haber obtenido, por su libro "Desprendimiento retinal", el premio Atenea, premio que la Universidad de Concepción concede anualmente a la mejor obra científica escrita en el país; manifiesta que es motivo de orgullo y satisfacción para la Sociedad, esta distinción de que ha sido objeto uno de sus miembros más destacados.

Tabla.—El Dr. Brücher presenta una enferma que, a raíz de un aborto séptico, sufre una endoftalmitis metastásica, con dolor, pérdida de la visión, edema de los párpados, marcada inyección ciliar, obscuridad pupilar por turbidez vítrea y del acuoso. Había, además, manifiesto mal estado general. Fue tratada con penicilina, observándose una reacción extraordinariamente favorable. Se emplearon 15.000 U. Oxford por vía intra-muscular cada 3 horas, llegándose a un total de 400 mil unidades en 80 horas. La mejoría fue notoria desde el segundo día de tratamiento. No

hubo signos de intolerancia. La enferma presenta en la actualidad sólo una ligera turbidez del vítreo, con un desprendimiento retinal circunscrito en el cuadrante infero-externo; su visión es de 0,4.

El Dr. Brücher estima que los resultados pudieron haber sido aun mejores si hubiese podido prolongarse por más tiempo el tratamiento, suspendido por imposibilidad de seguir obteniendo la droga.

En seguida, el Dr. Evaristo Santos relata dos interesantes observaciones, seguida en colaboración con el Dr. Selman Deik, sobre glionas retinales tratados con radioterapia, de acuerdo con las normas aconsejadas por los Dres. Hayes E. Martin y Algeron B., Reese en un trabajo publicado en "The Archives of Ophthalmology" (Enero 1942). Se publica in-extenso en el presente número).

El Dr. Charlín Vicuña presenta un nuevo caso de retinitis pigmentosa que ha evidenciado una reacción favorable con tuberculino terapia. Se trata de un enfermo de 38 años que ingresa al hospital con una visión reducida a percepción de bultos con su ojo derecho y a contar dedos a 15 cms., con el izquierdo; teniendo, además, un marcado síndrome tóxico. Se ha colocado semanalmente inyecciones de 1/10 ccc. de solución 20 ceros, mejorando la visión después de las primeras inyecciones, a cuenta de dos a 15 cms., en O.D y a 2/20 en O.I., con notable mejoría del campo visual. El estado general experimentó también una influencia favorable con el tratamiento tuberculínico.

El Prof. Charlín expresa que podrían clasificarse las retinitis pigmentosas en retinitis familiar, de la infancia y tardía. Esta última sería tuberculino-sensible.

